



## 저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학석사학위논문

새천년개발목표(MDGs) 수립에 따른  
KOICA 보건 분야 전략 및 사업변화 연구

A Study of Changes in the Public Health Strategies and  
Projects of the Korea International Cooperation Agency  
According to the Establishment of the Millennium  
Development Goals

2017년 1월

서울대학교 보건대학원  
보건학과 보건정책관리학 전공  
이 상 미



## 국 문 초 록

2000년 UN 제 55차 정기 총회에서 전 세계 189개국 정상들은 향후 15년간 새천년개발목표(Millennium Development Goals, MDGs) 달성을 목표로 함께 노력할 것을 합의하였다. 이는 빈곤퇴치가 전 세계 개발협력의 주요한 목적이 되어야 한다는 강력한 정치적 합의로 평가된다.

하지만 선언에서 그치지 않고 목표를 달성하기 위해서는 여러 가지 다양한 측면의 노력들이 필요하다. 수원국 차원의 노력 이외에도 공여기관 역시 원조전략에 MDGs 달성을 높은 우선순위에 두고, 여러 가지 이행수단과 연계하여 자원을 효율적으로 배분하기 위한 노력이 필요하다. 특히 MDGs에 보건 분야 목표가 상당 부분(8개 목표 중 3개 목표) 포함되어 있으며, 따라서 MDGs 이후, 공여국 한국의 보건원조 전략과 이행에는 어떠한 변화가 있었는지, 동 연구를 통해 살펴보고자 하였다. 이를 확인하기 위해, 국내 대표적인 원조기관인 한국국제협력단(KOICA)의 보건 분야 전략과 사업 규모의 양적 질적 변화를 분석하였다.

먼저 보건사업 관련 전략 및 가이드라인을 살펴본 결과, 수원국 개발환경 분석 등의 과정에서, MDGs가 비교적 상위 우선순위로 고려되었음을 확인할 수 있었다. 또한 사업 형성 및 이행, 평가와 관련된 가이드라인 수준의 전략에도 MDGs가 명시되고 고려되고 있었다. 반면, MDGs 달성 노력이 실제로 구현되어 가시적인 성과를 보이는 데에는 한계가 있었다. 예를 들어, 사업 심사 등 중요한 의사결정 과정에서는 MDGs에 관한 기준이 없어, 실제 이행과 연결되는 시점에서는 MDGs가 높은 우선순위로 고려되지 못하였다.

보건사업의 양적 규모 변화는 MDGs 이후, 총 원조액과 보건 분야 원조액 모두 크게 상승했음을 확인 할 수 있었지만, 총 원조 중 보건사업이 차지하는 비율이 지속적으로 증가하였다고 보기는 힘들었다. 특정 년도에 보건 분야 사업 비율이 높았으며, 이는 인프라 요소가 많이 포함된 대형 사업 등이 추진에 기인한다.

보건 분야의 질적 변화는 MDGs 선언 이후, 2005-2016년 기간 동안 시행된 150개의 보건사업을 대상으로 살펴보았으며, MDGs가 다루고 있는 아동사망을 감소 및 모성사망을 감소 등의 목표를 제시한 보건사업이 크게 증가하였으며, MDGs 이전에는 다루지 않았던 MDGs 6번과 관계된 HIV/AIDS 및 결핵과 관련된 사업도 적은 수이긴 하지만 시행되었다.

또한 MDGs 이전의 부문별 문제해결 중심 접근에서 벗어나, 통합적 접근으로 사업이 변화하였음을 확인 할 수 있었다. 수원국의 단기 요청에 대응하는 수준이 아닌 좀 더 수원국의 포괄적인 수요를 찾고자 하였고, 의료체계 강화 사업 등 포괄적 지역의 보건의료 환경과 보건 의료 수준 등을 다각적으로 고려하고, 지역의 보건문제 해소를 위한 사업의 개수가 증가하였다. 또한 사업의 방식 다각화도 주요한 변화이다. MDGs 이전의 독자적인 사업추진에서 벗어나 다양한 개발협력 파트너들과의 협력이 강화되었다. 이는 MDGs의 영향도 있지만, KOICA의 예산이 늘어 협력할 여지가 많아진 측면도 있다.

MDGs 종료 이후, 2030년까지 전 세계가 달성해야할 지속가능개발목표(SDGs)가 수립되었고, 여러 이행수단 및 전략에 대해 논의가 진행되고 있다. KOICA를 비롯한 한국의 타 원조기관들도 기관의 비전 혹은 역할로 SDGs 이행·지원을 주요한 내용으로 선정할 것으로 예상된다. 따라서 SDGs 이행이 국제적 합의가 선언에서 그치지 않고 현실에서 구현되기 위해서는 전략에 이행을 위한 사항이 반영되어야 함을 물론, 실제 공여기관 및 직원들의 행동을 변화시킬 수 있는 제도 속에서 전략이 구현되어야 한다.

예를 들어 SDGs 이행을 보다 높은 우선순위에 두고 사업을 형성, 이행, 평가하기 위해서는 심사제도 역시 제도적 개선이 필요하다. 심사항목과 기준에 SDGs 기여도 등의 내용을 구체적으로 제시할 필요가 있다. 그리고 SDGs 이행 성과체계를 초기에 구축하여, 사업 평가 시, 점검하도록 해야 한다.

**주요어:** 새천년 개발목표, MDG, KOICA, 보건 분야 원조, 원조 변화

**학번:** 2014-23388

## 목 차

I. 서론 .....	6
1. 연구 배경 .....	6
2. 연구의 필요성 .....	9
3. 연구목적과 연구질문 .....	10
II. 이론적 배경 .....	10
1. 보건 분야 공적개발원조(ODA) .....	10
2. 새천년개발목표(Millennium Development Goals, MDGs) ...	12
3. 보건 분야 한국 무상원조 사업 추진 절차 고찰 .....	17
III. 연구 방법 .....	20
1. 연구 설계 .....	20
2. 연구 모형 .....	21
3. 자료 수집 .....	23
4. 타당도와 신뢰도 확보 .....	25
IV. 연구 결과 .....	25
1. 원조 전략 변화 .....	25
2. 사업 집행 가이드라인 변화 .....	41
3. 보건사업 변화 .....	47
V. 결론 .....	58
1. 요약 및 제언 .....	58
2. 연구의 한계 .....	62
참고문헌 .....	64
Abstract .....	81

## 표 목차

- 표1. 보건의료분야 원조목적코드
- 표2. MDGs 8개 목표
- 표3. MP의 개발 파트너십 개선을 위한 권고사항(일부)
- 표4. 무상원조 추진절차 요약
- 표5. MDGs로 인한 변화 구분 기준
- 표6. 문서정보 및 기록물 자료수집 내역
- 표7. KOICA 국별원조계획(1997)
- 표8. KOICA 분야별 원조계획(1997)
- 표9. CAS(2008) 목차
- 표10. CAS(2008) 보건중점지원분야 지원방향
- 표11. CPS(2014) 보건중점지원분야 지원방향
- 표12. 캄보디아 새천년 개발목표(CMDGs) 달성현황 분석(1)
- 표13. 캄보디아 새천년 개발목표(CMDGs) 달성현황 분석(2)
- 표14. DAC/SRD분야 분류표
- 표15. 1991-1996년 KOICA 보건사업
- 표16. 2005-2016년 KOICA 보건사업 MDGs 목표별 분류
- 표17. 2005-2016년 KOICA 보건사업 지역별 분류

## 그림 목차

- 그림1. 주요 글로벌 합의 선언에 따른 원조량 변화
- 그림2. 사례연구 설계유형
- 그림3. PCM(Project Cycle Management) 개념
- 그림4. 연구모형
- 그림5. KOICA보건의료 지원전략(2011-2015)
- 그림6. 1991-2005년 KOICA 총 원조액과 보건분야 원조액 추이
- 그림7. 1991-2015년 KOICA 총 원조액 중 보건분야 원조 비율(%)

## BOX 목차

- BOX1. 베트남 CAS 지원 분야 내용(보건)
- BOX2. OECD DAC 동료검토(Peer Review)(일부)
- BOX3. 캄보디아 CPS 보건 분야 개발환경 분석
- BOX4. 사업집행계획 목차(1997)
- BOX5. 집행계획 목차
- BOX6. DFID의 MDGs와 연계한 사업성과 제시
- BOX7. 네팔 보건대학건립사업(1996-1997) 사례
- BOX8. 가나 볼타지역 모자보건 개선사업(2013-2017)





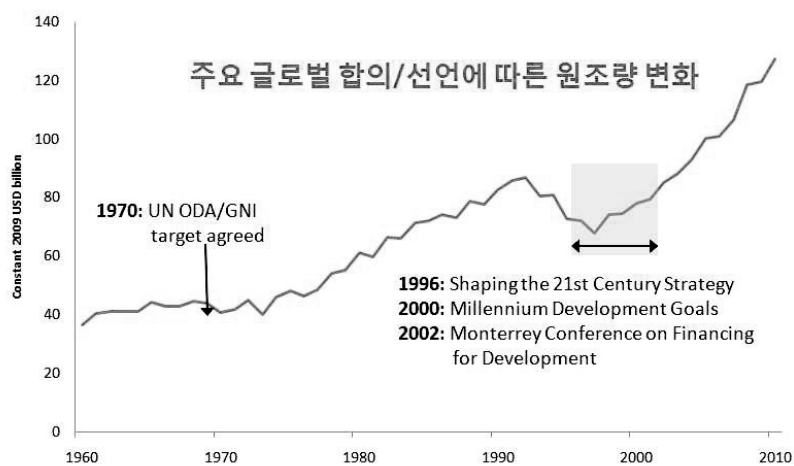
# I. 서론

## 1. 연구배경

2000년 UN 제 55차 정기총회에서 전 세계 189개국 정상들은 세계 절대 빈곤자 수를 반으로 줄이기 위해 2015년까지 이행해나가야 할 8가지 목표인 새천년개발목표(MDGs, Millennium Development Goals)를 만장일치로 채택하였다. 이는 전례 없는 정치적 서약이며, 개발협력분야에 있어 빈곤퇴치가 주요한 목적이 되어야 한다는 강력한 합의로 볼 수 있다(Sakiko, 2008)

이에 OECD 개발원조위원회(Development Assistance Committee, DAC) 회원국은 MDGs 선언 이후, 개발원조 분야에 있어 '빈곤퇴치'가 원조의 가장 중요한 목표임을 강조해왔다(OECD, 2005-2010). Scott(2011)은 그림1과 같이 주요 글로벌 합의 및 선언에 따라 원조량이 증가하였으므로, MDGs이후 원조량이 증가하였다고 의견을 제시한 바 있다.

그림1. 주요 글로벌 합의 선언에 따른 원조량 변화



출처 : Simon Scott(2011)

한편, 총 원조량이 증가한 것과는 별개로, OECD DAC회원국들이 MDGs의 달성을 위하여 수원국의 필요(needs) 등을 우선적으로 고려하여 원조자원을 배분하였는가? 라는 질문을 던져 볼 수 있다. 원조 결정요인에 대한 기존 연구 결과들을 살펴보면, 수원국 필요가 공여국의 원조배분에 있어 최우선적으로 고려된 것은 아니며, 이외에도 다양한 요소들이 고려되었다는 사실을 알 수 있다. 이계우(2011)는 2005년부터 2009년 동안의 OECD DAC회원국들의 원조결정요인을 분석하였으며, 수원국의 필요뿐 아니라, 공여국의 이익추구도 원조배분 정책을 결정하는 중요한 요인이었으며, 특히 공여국의 상업적, 경제적 이익을 추구하는 경향이 있었다고 밝히고 있다.

그렇다면 한국 원조의 결정요인은 무엇일까? 이재우(2005)는 2000년에서 2005년 동안의 한국의 공적개발원조 자원배분 결정 요인을 살펴보았으며, 유상원조보다는 무상원조의 경우 좀 더 수원국의 필요를 반영하는 경향이 있었고<sup>1)</sup>, 유상원조는 경제적 이익을 보다 고려하는 양상을 보이고 있다고 결과를 제시하였다. 또한 한국과 수원국간의 지리적 거리, 국제정치 등도 고려요인이었다. 따라서 빈곤 퇴치라는 목적 달성을 고려함과 동시에, 공여국인 한국의 경제적 이익 및 정치적 고려가 모두 고려되었다고 볼 수 있다.

반면 구정우(2011)는 이러한 공여국 이해-수원국 필요 모델을 기반으로 한 결정요인 이외에도, 중요한 원조 관련 세계회의 개최 및 전 세계적으로 원조총액이 늘어난 시기, 한국인들이 가입한 국제민간단체의 수가 증가한 시기에 한국 정부의 ODA 규모가 증가했다는 결과를 제시하고 있다. 이는 특정 국가의 원조가 전반적인 국제질서나 국제합의를 통한 압력 등으로부터 자유롭지 않다는 것을 의미한다. 또한 권율(2006)은 다른 나라의 원조행태나 국제사회차원에서의 원조정책 방향이 개별 국가의 원조에 영향을 미친다는 결과를 제시하고 있다. 이는 원조 공여국 간의 압력(peer pressure)이 존재함을 의미하며 국제사회의 일원으로서 부담해야 할 책임을 무시하기 어렵기 때문이다.

특히 한국은 2010년 24번째로 경제개발협력기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 개발원조위원회 (Development Assistance

1) 단, 인구보유 정도 및 1인당 GDP는 원조자원 배분에 영향을 주었으나, 수원국의 영아사망률과 기초교육수준은 크게 영향을 미치지 않았다(이재우, 2005).

Committee, DAC<sup>2)</sup>에 가입하였으며, 가입의 목적은 원조규모를 확대하고 국제사회에서의 책임 있는 역할을 수행하여, 국제사회에서의 국가위상을 제고하는 한편, 국제적 원조규범 논의 과정에 능동적으로 참여하여 원조 효과성 증진시키고자 함이었다(국제개발협력위원회, 2007). 한국은 DAC 가입 이후, 최빈국으로서 원조를 받던 국가가 공여국으로 DAC회원국이 된 첫 사례이며, 명실상부한 선진국임을 국제적으로 공식 인정받은 반면, 국제사회의 안정과 번영을 위한 책임과 의무를 다해야한다는 부담도 안게 되었음을 의미한다(ODA Watch, 2010).

이러한 가입 취지를 고려한다면, DAC의 정식 회원국으로서, 한국은 원조를 함에 있어, 수원국-공여국모델에 기반한 외교·정치·경제적 이해관계 이외에도 국제사회의 합의 및 공동의 목표 달성을 위한 노력도 중요하게 고려되어야 할 필요가 있다. 특히 MDGs가 개발원조 분야에서 전 세계 정상들이 모두 합의한 전례 없는 강력한 정치적 합의였음을 감안하면, 한국의 원조에서도 분명 MDGs는 중요하게 고려될 수 있는 사안이다. (Degol, 2012)는 특히 MDGs의 경우, 목표 중 대다수가 사회개발(교육 및 보건) 분야와 관련된 목표이므로, 국제사회의 원조가 MDGs의 영향으로 사회개발 분야로 보다 집중 되는 등, 원조가 보다 MDGs에 민감해지는 (MDG-Sensitive) 경향을 보였다는 결과를 제시하였다. 또한 MDGs의 8개 목표 중 3개의 목표가 보건과 직접적으로 연관된 목표이므로, MDGs가 전 세계적으로 보건 의료 이슈를 최고 수준의 정책의제로 가져오는데 크게 기여했고, 보건 분야에 대한 개발 원조를 증대시켰다는 평가도 있다(ODA교육원b, 2016 : 146),

하지만 한국의 분야(sector)별 사업에 있어, 특히 MDGs가 크게 영향을 주었다고 평가받고 있는 보건 분야 원조사업에 어떠한 실질적인 영향을 주었는지에 대한 심도 있는 논의는 아직 부족하다. 거시적인 평가와는 별개로, MDGs의 선언적 행위와 실제 행위주체(공여 기관 등)의 행동에는 간극이 있을 수 있으며, 이는 전 세계 공여기관들이 실질적으로 MDGs 이행을 위한 어떠한 노력을 하였는지와 직결된다.

---

2) OECD 산하 25개 위원회 3대 위원회 중 하나이며, OECD 국가 중 일정조건을 충족하는 국가에 한해 가입이 가능하다. 회원국간 개발도상국에 대한 개발협력을 상호 협조하여 추진하기위한 정보 및 의견 교환, 원조공여국들의 지속적 개발지원을 위한 원조활동 효율성 제고 방안에 대한 논의를 위하여 설립되었다(국제개발협력위원회, 2007)

## 2. 연구의 필요성

UN(2015)은 MDGs 기간 동안 HIV, 결핵, 말라리아 확산 저지를 이루어 내었으며, 아동 사망률을 53% 감소시켰고, 모성사망률을 43% 감소시켰다는 보건 분야에서의 계량적 성과를 제시하였다. MDGs로 인한 직접적인 효과로 이와 같은 성과를 거두었는지에 대해서는 여전히 논쟁거리이지만, MDGs의 8개 목표 중 많은 비중을 차지하는 보건 분야 지표로 인하여, 아동과 여성의 건강 증진, 말라리아·결핵·HIV/AIDS 퇴치에 관심과 자원이 모이게 되었다는 것은 보편적인 주장이다.

중요한 점은 MDGs 종료 이후 국제사회의 빈곤퇴치를 위한 노력은 중단되는 것이 아니며(UN, 2015), 2015년부터 2030년까지 선진국, 개발도상국 모두가 달성해나아가야 하는 지속가능개발목표(Sustainable Development Goals, SDGs)가 수립되었다는 것이다. 특히 SDGs는 MDGs보다 더 수평적이고 광범위한 17개 목표(goal), 169개 타겟(target)을 포함한다.

이러한 때에 빈곤퇴치와 관련한 가장 강력한 정치적 선언(political commitment)라고 평가되는(WHO, 2015) MDGs로 인해, 공여기관의 전략과 사업에 어떠한 변화가 있었는지 살펴보는 것은 중요하다. MDGs선언 이후, 원조와 관련된 대다수의 공식·비공식 문서에서 MDGs 목표 달성의 중요성과 이행노력의 필요성을 언급하고 있으나, 공여기관 등 실제 사업을 이행하는 주체들에게 어떠한 변화가 있었는지에 대한 연구는 거의 없다고 보아도 무방하기 때문이다. 국제적인 합의 및 선언과 실제 공여기관 차원의 원조행태와는 간극이 있을 수 있고, 만약 그 보이지 않는 과정(black box)을 면밀히 들여다보지 않는다면, 국제사회의 합의목표를 달성함에 있어서 어떠한 실질적인 구체 노력이 더해져야 하는지 알기가 힘들다.

따라서 본 연구는 MDGs로 인하여, 한국의 무상원조 중 특히 보건 분야 원조 사업에 있어 어떠한 변화가 있었는지에 대해 살펴보고자 하였다. 이를 통해 한국이 앞으로 2030년까지 SDGs 보건분야 목표달성을 위해 노력을 함에 있어서, 어떠한 부분들을 고려해야 할지 현실적인 교훈 도출을 할 수 있을 것이다.

### 3. 연구목적과 연구 질문

본 연구를 통해, MDGs 선언 이후, 한국의 공적개발원조 공여기관의 보건 분야 전략과 사업이 어떻게 변화하였는지를 탐구하고자 한다.

연구대상은 한국의 공적개발원조 공여기관 중 무상원조 대표기관인 외교통상부 산하 한국국제협력단(KOICA)로 한정하며, 사업 유형(modality)은 양자원조 중 프로젝트 성 원조를 대상으로 한다. KOICA를 대상으로 하는 이유는 한국의 무상원조 예산 중 60%를 집행하고 있기 때문이며, 프로젝트 성 원조를 대상으로 하는 이유는 KOICA의 타 사업유형(단기 연수사업, 봉사단 사업, 다자기구와의 협력사업 등)에 비해, MDGs와의 KOICA 보건사업의 변화를 가장 잘 보여준다고 보았기 때문이다. 프로젝트 성 원조는 정부(공여국 및 수원국) 간 진행되는 사업 유형이면서, 국가 차원의 전략 혹은 조직의 원조 전략 등과 가장 긴밀히 연관되어 있는 사업 유형이기 때문이다.

연구목적에 기반을 둔 본 연구의 연구 질문은 아래와 같다.

- 1) MDGs 선언 이후, KOICA의 보건 분야 전략에 어떠한 변화가 있었는가?
- 2) MDGs 선언 이후, KOICA의 보건 분야 사업의 양적 규모와 질적 내용에 어떠한 변화가 있었는가?

## II. 이론적 배경

### 1. 보건 분야 공적개발원조(ODA)

국제개발협력(International Development Cooperation) 또는 개발협력(Development)은 개발도상국들의 개발을 위하여, 이들 개발도상국과 경제 분야와 사회, 문화 분야에서 협력하는 것을 말한다(신상협, 2014). 국제개발협력을 위

한 자금 형태는 공적개발원조, 기타공적자금, 민간자금, 민간 증여, 네 가지로 크게 나눌 수 있다. 이 중 공적개발원조(ODA, Official Development Assistance)는 다음의 세 가지 조건을 충족해야 한다(ODA교육원b : 43-44).

- 중앙 및 지방정부, 그 집행기관 등의 공적기관이 제공하는 자금이어야 한다.
- 자금의 주요 목적이 개발도상국의 경제 발전과 복지 증진에 기여하여야 한다.
- 양허적 성격으로 10%의 할인율을 적용하여 증여율이 25% 이상인 자금이어야 한다.

이 중 증여율 100%로, 수원국이 공여국에 상환의 의무를 가지지 않는 원조 형태를 무상원조(Grant)라고 하며, 증여율이 100%미만으로, 수원국이 상환의 책임을 가지는 원조 형태를 유상원조(Loan)이라고 한다. 또한 공여국이 수원국에게 직접 혹은 공여국의 집행기관을 통해 지원하는 원조, 즉 정부 대 정부 간 진행하는 원조 형태를 양자원조(Bilateral Aid)로 분류하며, 공여국이 UN, UNICEF, UNDP등 국제기구를 통해 수원국을 지원하는 원조 형태를 다자원조(Multilateral Aid)로 구분한다(신상협, 2014 : 7).

한국의 경우 무상원조는 외교부산하의 한국국제협력단(KOICA)가 대표적으로 담당하고 있으며 유상원조는 기획재정부 산하의 수출입은행(EDCF)가 담당하고 있다. 2016년 기준, KOICA의 5대 지원 분야는 보건, 교육, 공공행정, 농림수산, 기술환경에너지로 구분된다.

원조 분야 중 보건 분야 사업으로 분류될 수 있는지 판단하는 기준은 OECD DAC가 제공하는 원조목적코드를 이용할 수 있다. DAC 회원국들은 DAC 사업유형별 및 분야별 실적과 원조목적별(Credit Reporting System, CRS) 실적을 OECD DAC에서 제시하는 통계작성지침을 기준으로 분류하여 통계보고를 하고 있다. 아래 표1에서와 같이, 원조목적코드가 12 혹은 13으로 시작되는 사업을 보건의료분야 원조 사업의 범위로 정의하고 있으므로 이를 활용 수 있다.(권순만, 2010).

표 1. 보건의료분야 원조목적코드

코드	분야
12000	HEALTH
12100	Health, general
12110	Health Policy and Administrative Management
12181	Medical Education/Training
12182	Medical Research
12191	Medical Services
12200	Basic Health
12220	Basic Health Care
12230	Basic Health Infrastructure
12240	Basic Nutrition
12250	Infectious Disease Control
12261	Health Education
12262	Malaria Control
12263	Tuberculosis Control
12281	Health Personnel Development
13000	POPULATION POLICIES/PROGRAMMES AND REPRODUCTIVE HEALTH
13010	Population Policy and Administrative Management
13020	Reproductive Health Care
13030	Family Planning
13040	STD control including HIV/AIDS
13081	Personnel Development for Population and Reproductive Health

출처 : DAC(2015)

## 2. 새천년개발목표(Millennium Development Goals, MDGs)

### 1) MDGs 개요 및 의의

MDGs는 2000년 유엔 새천년정상회의(Millennium Summit)에서 채택된 새천년 정상선언(Millennium Declaration) 중 빈곤퇴치와 개발 분야의 목표 달성을 위해 2001년 제시된 개발협력 목표이다. 유엔은 새천년정상선언 이행을 위한 로



드맵을 사무총장보고서의 형태로 2001년 개최된 유엔 총회에 제출하였으며, 이를 기반으로 MDGs가 구체화되었다. MDGs 선언은 국제개발 협력의 시금석을 제공하였다고 볼 수 있으며, 2015년까지 국제사회가 공동으로 달성해야 할 목표로서 아래 표2와 같이 8개 주요목표(Goals)를 제시하였다. 8개 목표 아래, 21개 세부목표(Targets) 및 60개 달성지표(Indicators)도 포함한다.

표2. MDGs 8개 목표

목표(Goals)	주요 세부목표(Targets)
1. 절대빈곤 및 기아퇴치	1일 소득 1달러 미만 인구 반감
2. 보편적 초등교육 실현	모든 아동에 초등교육 혜택 부여
3. 양성평등 및 여성능력 고양	모든 교육수준에서 남녀차별 철폐
4. 유아사망률 감소	5세 이하 아동사망률 2/3 감소
5. 모성보건 증진	산모사망률 3/4 감소
6. 에이즈 등 질병퇴치	말라리아와 HIV/AIDS 확산 저지
7. 지속가능한 환경 확보	안전 식수와 위생적 환경 접근 불가 인구 반감
8. 글로벌 파트너십 구축	MDGs 달성을 위한 범지구적 파트너십 구축

출처 : Post-2015 개발의제 참고자료, 외교부 개발협력국

2005년 UN사무총장이 UN에 제출한 2005년 MDGs보고서 서문에 따르면, MDGs는 기존의 다른 UN목표들과 차이점을 가지며, 아래 네 가지와 같다(배진수, 2006 : 30).

- 인간중심(people-centered)에 기반을 둔 측정 가능한 목표치를 제시하고, 구체적인 이행 기간을 정해 놓았다
- 자국의 문제를 스스로 해결하려는 수원국의 주인의식과 그들의 노력을 지원하는 선진국의 책임감이 조화된 파트너십에 기초한다
- 선진국 뿐 아니라 개도국의 지도자, 주요 개발 원조기구 및 시민사회의 전례 없는 지지를 받고 있다
- 전 세계가 보유하고 있는 풍부한 자원을 활용하면 반드시 달성이 가능하다

또한 MDGs는 몇 가지 의의를 가지는데, 첫째로, 동기(motivation)를 유발하기 위한, 규범적인(normative) 틀/framework이며(Sakiko, 2008), 이해당사자간 목표가 합의되었다는 점이다(배진수, 2006). 동시에 우선순위를 정하고 있는 정책이다. 1990년대 이후, UN회의 및 여러 컨퍼런스 등에서, 논의되었던 국제사회 개발 논의를 모두 포괄하고 있다는 점도 의미가 있다. 90년대 이전의 경제성장등의 다른 가치들을 강조하는 접근과는 대조적이며, 빈곤에 집중하였으며, 환경, 여성, 인권, 주거와 같은 개발도상국이 직면한 중요한 이슈들, 그리고 참여적 개발, 포용적 세계화(inclusive globalization)가 논의되었다. MDGs는 이러한 수많은 논의들을 통해 도출된 합의이다.

또한 1990년대 활발히 개최된 유엔의 개발 분야 정상회의 등의 논의에는 정부 기관, 시민사회, UN, 국제기구 등 여러 개발주체가 모두 참여하였으며, MDGs는 이들이 제시한 목표들을 모두 조정, 통합한 결과물이다. 이때의 합의는 MDGs 목표별 달성에 대한 내용 뿐 아니라, 공적개발원조를 GNI대비 0.7% 지원하겠다는 규모에 대한 합의를 포함한다.

두 번째, MDGs는 빈곤퇴치를 위해 다차원적인 목표를 고려하였다(배진수, 2006). 경제적 측면 뿐 아니라, 다양한 측면의 결핍상태도 목표 설정에 감안하였다. 빈곤의 원인과 해결은 단편적인 접근과 해석으로는 불가능하며 복잡하게 연계되어 있기 때문이다.

세 번째, MDGs는 개발(development)에 있어 도구적 가치(instrumental value)를 가진다(Sakiko, 2008). MDGs는 명확한 목표 시한을 포함하고 있으며, 목표가 계량적으로 측정 가능하므로 개발에 참여하는 주체들의 행동(action)을 이끌어내고, 모니터링하게 하는데 있어 강력한 힘을 가진다. 목표 달성도를 계량적으로 측정할 수 있는 단순하고 통합된 형태로 목표를 제시함으로써, 개발주체들이 쉽게 이해하고 참여할 수 있도록 유도할 수 있기 때문이다.

네 번째, ‘결과 중심’의 문화가 개발협력 전반에 자리 잡을 수 있도록 하였다. 많은 이해관계자가 막연한 기간 동안의 무조건 적으로 지원하는 것이 아닌, MDGs 달성기간이라는 정해진 시간 안에 객관적인 성과를 만들어내기 위해 체계

적인 지원을 하도록 기반을 마련하였다는 점에서 의미가 있다(ODA교육원a, 2016 : 163). 또한 수치로 측정된 성과는 서로 간의 비교를 통한 벤치마킹을 가능하게 하여, 정치 지도자들이 노력을 동원하기에 유용하다. 뿐만 아니라, 정부와 공여국, 공여기관들이 원조를 계획할 때 정책 우선순위 및 자원배분이 용이하다. 또한 지역·국가·전 세계 단위로 측정된 계량적 성과의 합산이 가능하다(Sakiko, 2008).

따라서 MDGs는 다른 어떤 국제적 합의에 기반을 둔 목표(international target)보다 큰 영향력을 발휘하였다고 평가되었다. 반면 그 내용이 질병 중심(disease-specific)이고, 접근 방식이 수직적(vertical)이어서, 전략 및 사업이행, 모니터링의 통합을 어렵게 하였다는 한계도 동시에 가지고 있었다. 또한 단기 및 초기 성과(outcome)중심의 성과 측정방식으로 인해, 보다 넓은(broad based) 방식으로 투자 하였을 때의 인센티브가 배제되었다는 평가도 있다(WHO, 2015).

이와 같이 MDGs는 2000년 이후 국제사회 개발협력의 방향 제시하고 있으며, 국제사회가 공동으로 추구해야할 개발협력의 구체 목표(빈곤퇴치, 보건·교육 등)를 제시함으로써 공여국·수원국·국제기구 등 각 개발주체들이 MDGs를 중심으로 자연스럽게 활동이 집중되고 조화될 수 있는 기반을 제공하였다. 더불어 MDGs는 선진국과 개발도상국의 공동의 노력이 중요하므로, 공동의 노력 없이는 달성될 수 없음을 전제로 하고 있다(Fukuda, 2004)

이에 UN 밀레니엄 프로젝트(Millennium Project, MP)<sup>3)</sup>는 2005년도에 MDGs 달성을 위해 수원국과 공여국의 이행이 필요한 구체적인 10개의 사항을 제시(Ten Key recommendations)하였다. 개발도상국 정부는 MDGs 달성을 위해 대담한 개발 전략을 채택해야 하며, 특히 빈곤 감소 전략 보고서(PRSPs)를 수립한 국가의 경우에는 PRSPs가 MDGs와 연계되어야함을 강조하였다. 또한 빈곤퇴치 전략을 수립할 때에는 시민사회 및 민간부문이 모두 참여할 수 있도록 투명하고 포용적인 과정을 거치도록 권고하고 있다.

선진국과 국제 공여기관에게는 공공 투자 확대, 역량 강화, 인프라 지원, 개발도상국내 자원 동원, 공적개발원조의 확대를 통해 개발도상국의 거버넌스 강화,

3) 유엔은 전 세계 각 분야의 전문가들을 모아 인류 공동 발전과 번영을 위하여, 밀레니엄 프로젝트 태스크포스를 구성하였다.

인권 증진, 시민 사회와 민간부문 참여 증진을 이끌어내어야 한다고 언급하고 있으며, 특히 MDGs의 빠른 달성을 위해서, 더 세부적인 사항(Quick wins)를 제시하고 있는데, 말라리아 예방을 위한 모기장 배포, 보건 및 교육, 농업분야의 전문가 양성을 위한 교육, 전 세계 개발도상국의 3백만 명의 에이즈 환자를 위한 캠페인 제공 등이 그 예이다. 또한 ODA를 2015년까지 확대해야 하며, 개발도상국 수출 시장 개방 등의 사항도 강조하고 있다. 특히 MP는 개발 파트너십 개선에 근거한, 공여국에 대한 구체 권고사항을 아래 표3과 같이 제시하고 있다.

표3. MP의 개발 파트너십 개선을 위한 권고사항(일부)

문제점	권고사항
1. MDGs 기반의(MDG-based) 원조 프로세스가 아니다.	1. 수원국 국가별 MDGs에 기반한 빈곤퇴치 전략과 함께 MDGs를 개발 시스템의 운영상의 목적으로 두어야 한다.
2. 수원국별로 지원이 차별화 되지 않았다.	2. 예산 지원, 긴급 구호, 단순 기술협력 시, 수원국 국가별로 차별화 하여 지원해야 한다.
3. 기술협력은 MDGs 달성을 위해 지원을 확대하기에는 적절하지 않다.	3. 기술지원은 수원국의 MDGs 기반의 빈곤퇴치전략에 기반하여, 수원국 정부를 지원하여야 한다.
4. 개발자금이 MDGs를 달성하기 위해서 혹은 수요 기반(needs-based)로 설정되지 않는다.	4. ODA자금은 MDGs 기반의 빈곤퇴치전략에 기반하여, 자금의 격차(Financing gaps)에 근거하여 설정되어야 한다.
5. MDGs가 시스템적으로 간과되어 우선순위가 낮아진다.	5. 수요 기반의 접근과 함께, 공여기관은 장기적인 과학적 역량강화, 성 생식 보건 등과 같은 이슈에 관심을 가져야 한다.

출처 : 배진수(2006), 저자수정

위의 권고사항은 원조를 제공하는 공여기관을 포함하는 국제사회가 MDGs 달성을 위해서 어떠한 방향으로 원조를 진행해야하는가에 대한 가이드라인이라고 볼 수 있으며, 동 연구에서도 이러한 원칙을 기반으로 MDGs에 대한 변화를 살펴보고자 한다.

### 3. KOICA 보건사업 추진절차 고찰

본 연구는 KOICA의 보건분야 전략과 사업에서의 변화를 탐구하고자 하는 연구로, 먼저 KOICA 보건사업의 추진 절차를 먼저 살펴보고자 한다. KOICA의 사업은 대외무상원조사업으로 교육, 보건, 농촌개발 등 분야(sector) 구분 없이 무관하게 동일한 절차와 원칙을 따른다. 사업의 추진 절차는 프로젝트 성 원조를 시작한 이후, 일정 부분 개선을 위하여, 변화가 있었으나, 전체적인 틀은 유사하다. 프로젝트 성 원조는 양자원조이므로, 수원국과 공여국 양국 정부간 경제기술협력협정 또는 무상원조기본협정에 기초하여 실시한다. 기본협정 체결 이후, 정부 간 합의 혹은 기본약정을 추진하며, 이후 사업별로 R/D(Record of Discussion)를 체결하는 방식을 따른다.

KOICA 국별협력사업은 국가별 지원 전략과 분야별 전략을 바탕으로 기획된다. 특히 2011년도에 범정부차원에서 수립된 국가협력별전략(Country Partnership Strategy, CPS)은 무상과 유상 원조 간 정책단계에서의 일관성을 향상시키고 조정하기 위해 수립되었으며, KOICA 및 수출입은행(EDCF)만의 전략이 아닌, 한국 ODA 추진을 위한 범정부 차원에서 진행된 3-5개년 국가별 지원 전략이다.

KOICA(2016)에 따르면, 사업형성의 첫 단계는 수원국의 요청서(PCP, Project Concept Paper) 접수이다. 요청서를 접수한 후, 공식적으로 접수한 후 주요전략 및 지침을 감안하여 예비조사 여부를 결정하게 된다. 이때에는 사업형성지침, 국별 CPS, 계속 사업비 등을 고려하게 된다.

예비조사는 KOICA 사무소 주도, 본부 협조 체계로 신규후보사업에 대한 종합적인 타당성을 검토하고 기본계획을 수립하는 단계이다. 해당분야 수원국 현황 및 사업수행 여건, 사업타당성 분석, 사업의 구성 요소 도출 및 PDM(Project Design Matrix) 포함 사업기본계획 수립의 초안을 마련한다.

예비조사 결과를 바탕으로 차년도 사업에 대한 KOICA 내부 사업심사를 진행하게 된다. 주로 KOICA 사업추진 전략과의 부합성, 지원 타당성, 지속 가능성 등을 고려하여 예비사업 선정 및 우선순위를 부여하게 된다. 이후 선정된 사업에 대

하여 외교부 주관의 무상원조 관계기관 협의회와 국무조정실 심의, 기획재정부 정부 예산안 심의 등을 거쳐 최종적으로 차년도 신규 사업이 확정된다.

사업추진이 완료된 후, 심층 기획조사를 추진하게 되는데, 예비조사 등을 통해 구성된 사업계획의 적절성을 최종적으로 확인하고 필요시 수정하여 사업계획 완성 및 수원국과 협의하여 분담사항을 확정하는 단계이다. 해당분야 수원국 현황 및 사업수행 여건 상세 분석, 타당성 재검증, 사업 구성요소 도출, 수원국 및 한국의 상세 업무분담 확정, R/D 체결 및 사업의 논리모형과 성과지표 등을 확정하는 단계이다.

심층조사 종료 후에는 KOICA본부의 TAG(Technical Assurance Group)절차를 거치게 된다. 사업계획의 기술적 타당성 및 적절성, 사업관리계획의 효율성 등에 대해 유관부서 공동으로 논의하여 발생 가능한 위험을 최소화하고 사업효과성 제고에 기여하고자 만들어진 제도이다. 해당 사업의 분야에 해당하는 경제사회개발부, 조달담당부서, 사업담당 지역부서, 평가심사실 등이 현장에서 작성한 사업추진 방향 및 세부 추진 계획에 대해 통합적인 검토를 하게 된다.

이후 조사 결과를 바탕으로 사업집행계획을 수립하게 된다. 단위·부문별 사업 구성요소 및 추진방안, 사업시행자 선정방식, 예산·일정·위험관리, 성과관리계획, 홍보계획 등 실질적인 사업추진 기반 등을 포함한다. 향후 사업의 세부 요소들은 실질적으로 사업집행계획에 의거하여 추진되므로 사업 집행계획의 적절성 여부가 사업성과 달성과 밀접하게 연관된다.

사업 이행과정 중, 중간평가 및 성과관리를 위한 활동을 진행하며, 사업의 당초 목표에 맞게 진행되고 있는지 등의 효과성 제고(performance enhancement)를 위해 중간평가를 실시하며, 사업의 성과를 계량적인 방법 등을 측정하기 위해, 사업 초기 기획단계에 베이스라인 서베이와 사업 종료 시 엔드라인 서베이 등을 진행한다. 또한 사업 종료 후, 필요한 경우 사업의 지속가능성을 위하여, 검토 후 사후관리를 추진한다. 사업 종료 후 2년 이내에는 사후평가를 진행하며, 사후평가의 목표는 책임성(accountability)이 목적이 된다. 아래 표 4는 이러한 추진과정을 사업 형성 및 선정, 기획, 수행, 평가의 순서로 정리한 표이다.

표4. 무상원조 추진절차 요약

구분	단계	내용
사업 발굴 및 형성	사업 발굴	○ 해외사무소와 수원국 정부와의 정책·실무 협의, 현지 기초조사 및 현황 분석을 통하여 개발 수요 확인 및 사업 형성
	PCP 접수 및 송부	○ 수원국과의 협의결과가 반영된 수원국 사업 요청서 접수
	PCP 검토	○ 접수된 PCP를 검토하여 예비조사 대상사업 선정
사업 형성 및 선정	예비조사	○ 사업의 타당성 확인 및 사업기본계획 수립
	사업 심사	○ 관계부처 및 외부전문가로 구성된 사업 심사 위원회를 통해 신규후보사업 선정
	외교부 시행계획 심의	○ 외교부 및 각 부처 검토
	국무조정실 심사	○ 정부부처 협의회를 통해 부처 간 사업 중복 방지 및 연계 등 검토
예산 심의	예산심의	○ 기재부 예산심의 ○ 국회 예산심의
사업 기획	기획조사 및 RD문안 확정	○ 사업예산, 기간, 사업범위, 양국 부담사항 및 협의의사록 (R/D) 문안확정, PDM, M&E 추진계획 작성 등
	정부간 합의	○ 당해연도 사업들에 대한 정부간 합의문 교환
	기관간 합의(R/D)	○ 사업시행 기관 간 R/D 체결
사업 수행	사업 집행계획 수립	○ 세부실시계획 수립
	사업시행자 선정 및 사업 수행	○ 입찰을 통해 적정 사업시행자 선정
	본 사업실시	○ 사업 실시
	모니터링 및 평가	○ 사업 모니터링, 중간 점검 및 종료평가
	사후관리 (사업종료 후)	○ 종료 사업에 대한 사후관리

출처 : KOICA(2016), 저자 수정

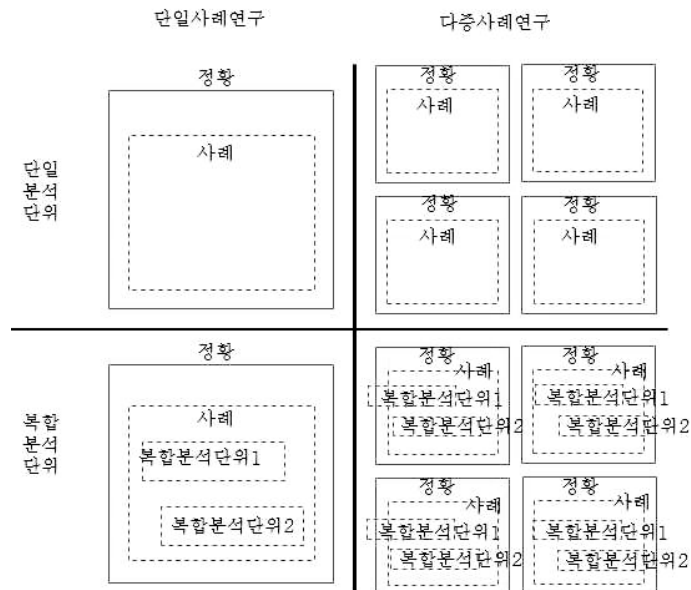
### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구 설계

##### 1) 사례연구(Case study research)

본 연구는 MDGs 이후, 한국의 무상원조 공여기관인 KOICA의 보건분야 전략 및 보건 사업에 있어 어떠한 변화가 있었는지를 탐구하고자 하는 연구로 질적 연구 패러다임에 기초해있다. 연구 질문(research question)에 대한 답을 찾기 위해 사례연구 방법을 택하였다. 사례 연구는 개인, 집단, 조직, 사회, 정치, 이와 유사한 현상에 대한 지식을 제공하기 위해 사용하는 연구방법이며, 실생활의 현상에 대해 심층적으로 조사하는 실증적인 연구이다(Robert K, 2014).

그림 2. 사례연구 설계 유형



출처 : 신경식(2016 : 31)



사례 연구는 연구주제에 따라 위의 그림2 와 같이, 단일사례 연구 혹은 다중 사례연구로 분석될 수 있으며, 본 연구에서는 단일 사례 연구방법을 선택하였다. 단일사례 연구가 사용될 수 있는 경우는 주로 알려진 이론을 검증하는데 있어 중요한 사례가 되는 경우, 해당 사례가 매우 독특하여서, 단일사례 연구로도 충분한 가치를 가지는 경우, 일상이나 평범한 상황 즉 전형적인 특성을 가진 경우, 기존에는 연구하지 못했으나, 밝혀주는 사례인 경우, 두 개 이상의 시점에서 조사하는 종단연구와 같이 특정 기간의 추세를 알고자 하는 경우이다(Robert K, 2014).

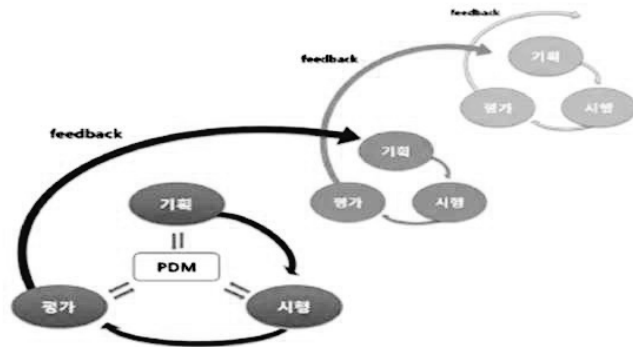
본 연구는 MDGs 이후의 KOICA의 보건사업에 있어 전략, 사업에서의 변화를 보는 연구이며, 따라서 MDGs 이전 이후라는 특정 기간의 시점을 기준으로 추세를 알고자 하는 경우에 해당한다. 단, 단일사례연구에 비하여 다중사례연구가 연구결과의 타당성을 확보하기 용이하다는 측면에서, 다중사례연구로 설계를 고려하였으나, 타 사례를 찾기가 용이하지 않았다. 그 이유는 비교가 가능한 다른 사례는 단순반복연구와 이론적 반복연구가 가능한 성격을 가져야 하며, 유사한 수준에서의 자료 확보가 가능해야 하지만, 이러한 사례를 찾기가 용이하지 않았기 때문이다.

## 2. 연구 모형

사례분석에 있어 연구사례 단계에서 이론을 개발하는 것은 중요하나, 이론이 사회과학분야의 유명한 이론만을 대상으로 하는 것은 아니며, 연구를 위해 청사진을 제공한다는 목적을 지닌다(신경식, 2016). 이론은 현상간의 관계, 그리고 왜 이러한 행동, 사건(events), 구조(structure), 생각(thoughts)들이 일어났는지에 대한 이야기, 그리고 현상간의 관계를 의미한다(Sutton, 1995 : 378)

본 연구 주제의 분석 틀은 Program·Project Cycle Management (PCM)이 기본이 되었다. PCM은 프로젝트 목적을 달성하기 위해 자원을 기획하고, 조직하고 점검하기 위한 운영·관리 틀이며, 아래 그림 3에서 볼 수 있듯이, 프로젝트는 기획⇒시행⇒평가의 순서로 진행이 된다.

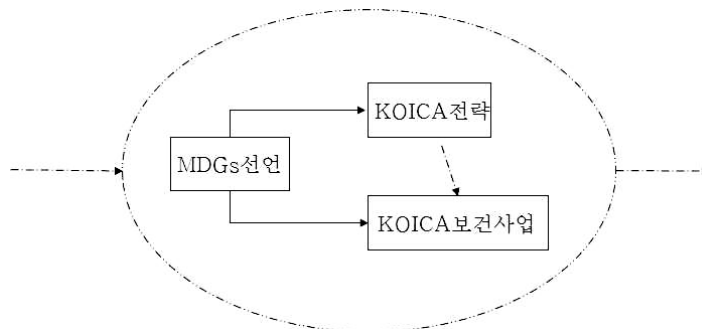
그림3. PCM(Project Cycle Management) 개념



출처 : KOICA(2012)

본 연구는 MDGs 선언 이후, KOICA의 보건 관련 전략 및 사업이 어떻게 변화하였는지를 보고자 하였으며, PCM개념에 근거하여, 기획단계에 해당하는 ‘전략에서의 변화’, ‘시행단계에 해당하는 사업(내용 혹은 규모)에 있어서의 변화’를 주요하게 보고자 한다. 더불어, 이러한 변화는 시간의 흐름에 따라 자연스럽게 생겨나는 변화도 포함한다. 연구 대상은 앞에서 언급하였듯이, 무상원조 대표기관인 한국국제협력단(KOICA)로의 양자 프로젝트 성 원조를 대상으로 한다. 따라서 연구모형은 아래 그림 4와 같다.

그림4. 연구모형



출처 : 저자작성

‘변화’ 유무의 기준은 이론적 고찰에서 다루었던 MP의 MDGs 개발 파트너십 개선을 위한 권고사항에 근거하여, 아래 표5 내용을 기준으로 변화 유무를 판단하며, 이에 대해 MDGs 전후를 비교하고자 한다. 대상 기간은 MDGs가 선언된 2000년부터 MDGs가 종료(2015년) 후인 2016년까지를 대상으로 한다.

표5. MDGs로 인한 변화 구분 기준

구분	기준
전략	1. 수원국의 수요(needs) 혹은 MDGs 달성과 관련된 사항이 보건 원조 전략에 긴밀하게 반영되었는가? 2. 수원국별로 차별화된 보건 전략이 수립되었는가?
사업	1. MDGs 선언이 후, 보건분야 원조의 양적규모가 증가하였는가? 2. MDGs에서 제시하고 있는 목표와 관련된 사업이 주로 형성되었는가?

출처 : 저자 작성

## 2. 자료 수집

본 연구는 KOICA의 보건분야 전략 및 사업의 기준 및 근거가 되거나 결과로 산출되는 문서정보와 기록물을 주요자료로 사용한다. 문서정보와 기록물은 반복해서 검토할 수 있는 안정성과 중립성, 정확성, 포괄성을 보장해주는 장점이 있다. 다만 자료수집의 편향성, 자료 접근성의 문제가 단점으로 지적된다(신경식, 2016). 이와 같은 단점은 연구자가 사례연구 대상기관의 직원이라는 특성으로 극복하고자 하였다. 외부의 연구자보다 자료접근이 용이하고, 대상 기관의 업무 흐름과 절차에 대한 이해가 높기 때문에 적절한 자료를 선정할 수 있어 편향적 선택성을 줄일 수 있기 때문이다.

Yin(2016)은 좋은 사례연구를 위해서는 자료수집에 있어, 두 개 이상의 자료를 사용하기를 권고하고 있으며, 본 연구에서는 문서정보와 기록물 이외에 인터뷰를 통해 자료를 수집하였다. 심층면담이 아닌, 개방적 단기 인터뷰 방식을 통해 정보를 수집하였다. 1차적으로 문서정보와 기록물을 통해 확인한 내용에 대해 확인하고, 증거 연결고리를 만들기 위해 인터뷰를 활용하였다.

## 1) 문서정보 및 기록물

문서정보 및 기록물은 연구모형에 따라, 전략 및 사업과 관련된 자료들을 공여국 MDGs 선언 시기인 2000년을 기준으로 구분하여, 아래 표4와 같이 수집하였다. 보건사업과 직접적으로 연계되지 않는 보다 상위 수준의 정책 및 전략문서는 제외하였다. CPS는 ODA KOREA 사이트<sup>4)</sup>를 통해 수집하였으며, CAS, KOICA 보건중기전략문서, 사업집행계획서, 수원국요청서(PCP),정부간 협약문서(RD) 등은 KOICA 내부 사업자료 DB 시스템을 통해 수집하였다. 사업평가 가이드라인, 사업평가보고서, OECD DAC 동료검토(Peer Review) 보고서는 KOICA ODA도서관을 통해 수집하였다(표6 참고).

표6. 문서정보 및 기록물 자료수집 내역

년도 구분	전략 및 가이드라인	사업
1991-2000년	· 년도별 연보 및 사업 정책자료	· 사업실적자료 · KOICA 및 DAC 통계자료
2000-2016년	· 국별지원전략(CAS, CPS) · KOICA보건중기전략 · 사업평가 가이드라인 · 보건사업 사업평가 · 수원국 사업요청서 (Project Concept Paper, PCP) · RD(정부간협약문서) · OECD DAC Peer Review 문서	· 사업별 사업집행계획 및 평가보고서 · KOICA 및 DAC 통계자료

## 2) 인터뷰

표집방법은 의도적 표집으로 OECD DAC 가입 이후, 2007년부터 2014년 기간 중, KOICA 해외사무소 및 KOICA본부에서 보건사업을 담당했던 대리급 이상 직원 중, 현재 본부 근무자 15명을 대상으로 하였다. 반 구조화 인터뷰로 진행하며, 문서정보 및 기록물 분석 후, 인터뷰를 진행하였으나, 인터뷰를 수행 시, 연구자는 문서정보 및 기록물을 통해 확인한 내용에 기반을 둔 의도를 가능한 보이지 않고, 응답자가 자신의 의견을 구애받지 않고 자유롭게 말할 수 있도록 하였다. 녹음기 사용은 인터뷰 응답자 모두 녹음을 거부하였으므로 사용하지 않았음

4) [https://www.odakorea.go.kr/ODAPage\\_2012/T02/cps/asia/Vietnam.jsp](https://www.odakorea.go.kr/ODAPage_2012/T02/cps/asia/Vietnam.jsp)  
(검색일 : 2016.10.15.)

며, 연구자는 질문에 대한 답을 면담 중 기록하는 방식을 택하였다. 인터뷰 시 질문은 보건사업 형성, 기획·이행, 평가를 할 때 MDGs의 영향 등에 관한 질문으로 구성하였다. 설문 내용의 특성 상, 모델화되어 있는 설문지를 사용하지 못하고, 동 연구의 연구질문과 관련된 내용으로, 문서정보의 도출점을 확인할 수 있는 질문으로 구성하였다(부록1 참조)

## 4. 타당도 및 신뢰도 확보

사례 연구에서 내적 타당도(Internal Validity)을 확보하는 것은 매우 어렵다. 사례 연구에서 파악하기 어려운 의사효과(spurious effect)를 배제하기 위하여, 패턴 매칭 기법 사용, 인과관계 설명, 경쟁가설 설정, 논리모델 사용 방법이 주요한 전략으로 제시되며(신경식, 2016), 동 연구에서는 논리모델(logical model)을 사용함으로써 내적 타당도를 높이하고자 하였다. 문서정보와 인터뷰내용을 활용하여 증거 사설(evidence chain)을 만들어 타당도를 높이하고자 하였다.

외적 타당도(External Validity)는 연구 결과를 일반화할 수 있는가?의 문제이다. 사례 연구의 경우, 특히 단일사례 연구의 경우는 연구 설계 단계에서 이론을 사용하는 방법으로 외적 타당도를 높일 수 있다(Yin, 2016). 하지만 실험에서의 표본(sample)을 통한 통계적 일반화(generalizing) 아니며, 사례 연구를 통한 분석적 일반화이다. 이론들을 확장하고, 일반화하는데 그 목적이 있다(신경식, 2016 : 52). 하지만 동 연구의 특성 상, 정확히 일치하는 이론은 찾기가 어려웠으나, 프로젝트 관리 기본 개념 및 MDGs와 관련된 국제사회의 가이드에 근거하여, 연구 모형을 설계하고자 하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 원조 전략 변화

KOICA의 보건사업형성과 밀접하게 관련된 전략은 수원국을 대상으로 한 ‘국별지원전략’과 ‘분야(sector)별 전략’으로 볼 수 있다. 먼저 국별협력전략은 원조를 지원하는 대상 수원국에 대하여 지원 분야, 실행계획 등을 포함하고 있는

전략으로, 많은 원조기관들이 원조의 효과를 증진시키기 위해 채택한 일종의 도구이다. 한정된 원조자원을 전략적으로 사용하기 위해 목표를 논리적으로 명확히 하고, 구체적인 실행계획을 제시한 후, 이를 평가 및 환류하고, 더불어 ODA에 참여하는 모든 행위자들이 그 목표를 공유하여 시너지 효과를 창출하는데 그 목적이 있다.

특히 수원국에서 국가차원의 개발계획을 보유하고 있는 경우, 각 공여기관은 해당 수원국의 국가개발계획을 지원하는 방안을 국별협력전략을 통해 구체적으로 제시하고, 일관성 있는 원조를 지원할 필요가 있다. 더 나아가 각 공여기관들이 국별협력전략을 제시하고 공유함으로써, 특정 개발도상국에서 활동하는 여러 공여주체들의 중복되는 활동을 줄일 수 있고, 조정(harmonization)을 유도할 수 있으므로, 원조효과를 높이는 효과가 있다. 이러한 접근방식이 개도국의 발전을 직접적으로 보장하는 것은 아니지만, 파편적인 방식으로 배분되고 사용되던 원조자원을 지속가능하고 종합적인 발전 방식을 위한 개발도상국의 발전과정에 집중적으로 사용할 수 있게 해준다는 점에서 한 단계 진보된 접근이라고 할 수 있다.

세계은행(World Bank)이 1997년에 ‘국가지원전략’을 새로운 방식의 개발 지원을 위한 전략 도구로 채택한 이후, 전 세계 많은 선진원조기관이 서로 이름은 조금씩 다르지만, ‘국가지원전략’ 전략보고서를 만들기 시작했다. ODA Watch(2009)<sup>5)</sup>는 개도국의 정치·경제·사회 현황 및 과제에 대한 종합분석과 그에 기초한 원조기관의 지원·평가 계획을 다룰 뿐 아니라, 환경·여성과 같은 범분야적 과제(cross-cutting issues)를 원조사업 전반에 어떻게 통합시킬 것인지, MDGs와 파리선언 등에서 제시된 많은 목표들을 원조기관의 사업에 어떤 방식으로 연계시킬 것인지를 포괄적으로 다루게 되었다고 언급하고 있다. 더 나아가 국가지원전략은 국내외 개발원조 관련자와 국민 등에게 원조기관의 명확한 의사결정의 근거와 전략, 평가방식을 공개함으로써, 원조기관의 거버넌스 개선과 역량향상에 기여할 수 있다는 점도 강조하였다.

KOICA의 경우, MDGs 이전의 전략으로는 국별원조계획(1997)과 분야별 원조 계획(1997) 등이 있다. MDGs 선언 이후의 주요한 전략으로는 2008년

---

5) 출처 : [http://www.odawatch.net/?mid=articlesth&page=93&document\\_srl=2404](http://www.odawatch.net/?mid=articlesth&page=93&document_srl=2404)

CAS(Country Assistance Strategy, CAS)와 2014년 범정부차원에서 수립한 국별 지원전략(Country Partnership Strategy, CPS)<sup>6)</sup>과 KOICA 자체적으로 수립한 보건 분야 중기전략(2011)이 있다. MDGs 이전과 이후의 대표적인 국별 지원전략과 분야별 전략을 통해서, 동 연구에서는 MDGs 선언 이후, KOICA의 보건 분야 전략에 어떠한 변화가 있었는지 살펴보고자 한다.

#### 1) MDGs 이전의 원조전략

KOICA가 설립된 직후인 1991-1996년에는 우리 스스로의 원조체제를 확립하고, 원조의 양적인 성장, 국제위상의 증대라는 목표 달성에 우선적으로 초점이 맞추어졌으며 이를 위한 전략이 수립되었다고 볼 수 있다. 이 기간에는 소규모의 예산으로 지원이 가능한 인적자원 개발(단기 교육 등) 및 소규모 프로젝트를 주로 진행하였으며, 내부적으로 민간부문 및 NGO활성화 지원, 지방자치단체의 활동지원, 개도국과의 정책대화 강화, 평가체제 확립이라는 과제를 가지고 해결을 위하여 모색해나가는 시기였다. 즉 원조기관으로서 내부조직 및 사업추진체계를 효율화하고, 내실화 및 전문화하는 작업에 주로 초점을 맞추고 있었다.

1997년, 개발도상국과의 정책대화를 강화하고 중·장기적 개발효과를 제고하기위하여, 아래 표7 와 같이 국별원조계획(Country Programming)이 제안되었다. 원조 초기의 국별원조계획으로 볼 수 있으며, 우리의 전략적인 위치를 고려한 기본 방침, 우리의 비교우위 분야와 시행가능성 등을 고려한 사업 추진, 타 기관과의 중복 방지 등 원조사업에 있어서의 기본적인 사항 등을 개략적으로 포함하고 있다. 수원국별 개발환경 조사나, 체계적인 수원국과의 논의 절차는 미흡한 편이었으며, 원조 초기, 자금과 인력 등의 부족으로 수원국의 필요보다는 우리의 비교우위 및 지원 능력 및 가능성 등이 주로 고려된 것으로 보인다.

하지만, 수원국의 수요파악 및 경제 사회 발전계획, 타 선진 원조기관과의 중복 방지 등 원조 사업 이행 시 고려되어야 할 중요한 내용이 포함되어 있으며, 더 나은 원조를 위한 방향성에 대한 고민과 국제사회에서 중요하게 생각하는 요소가 상세하지는 않지만 원칙적으로 반영되어 있다고 볼 수 있다.

6) CPS는 2011-2013년 기간 동안 수립되었다.

표7. KOICA 국별원조계획(1997)

목차	세부내용	유의사항
1. 원조의 기본방침	· KOICA의 ODA이념 및 향후 방향에 준거하여 작성	· 우리의 전략적 위치 고려
2. 세부전략(분야별 우선순위 및 기대효과)	· 기본방향에 일치하는 분야별 우선순위 선정 및 분야별 사업실시에 따른 기대효과 도출	· 수원국의 필요분야, 우리의 비교우위 분야, 지원 능력등을 고려
2. 세부전략(수단별 우선순위 및 기대효과)	· 수원국의 수요파악 및 경제, 사회 발전 계획	· 수단 별 비용과 운영상의 복잡성 등 고려
3. 수원국의 정치, 사회 경제 상황	· 과거의 원조 분야 및 효과분석 · 타 선진원조기관의 수원국 원조 현황	· 타 선진 원조기관과 중복 방지 필요

출처 : KOICA(1997)

이 당시 분야별 원조계획 역시, 분야별로 구체적인 전략을 기술하고 있지는 않고 있으며, 크게 정책개혁 및 구조조정, 하부구조강화, 참여적 개발과 인력부문 개발, 환경과 인구문제로 크게 분류하고, 하부에 세부 분야를 명시하는 수준으로 작성되었다. 분류 기준은 당시 OECD DAC의 통계 분류(DAC/SRD분류)를 따랐던 것으로 보인다. 보건부문은 보건과 위생과 가족계획 항목으로 환경과 인구문제 분야에 포함되어 있다(표8 참조).

표8. KOICA 분야별원조계획(1997)

구분	정책개혁·구조조정	하부구조강화	참여적개발과 인력부문개발	환경과 인구문제
세부 추진 계획	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 경제개발계획</li> <li>· 경제정책관리</li> <li>· 민간부문의 경영능력 향상</li> <li>· 개도국의 행정능력 향상</li> <li>· 수출진흥</li> <li>· 전통산업의 생산성 향상</li> <li>· 노동집약적 기술혁신</li> <li>· 중소기업육성</li> <li>· 민영화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 개도국의 에너지, 통신, 교통부문의 사회간접자본</li> <li>· 생산기반시설</li> <li>· 항만건설</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 새마을운동</li> <li>· 농어촌 소득증대</li> <li>· 도시화에 따른 지역간 불균형 해소</li> <li>· 직업훈련원</li> <li>· 여성개발</li> <li>· 교육 및 훈련</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 환경관리</li> <li>· 환경기술보호</li> <li>· 제조림</li> <li>· 상하수도 개선</li> <li>· 가족계획</li> <li>· 보건 및 위생</li> <li>· 국토개발</li> </ul>

출처 : KOICA(1997)



## 2) MDGs 이후의 원조전략

### (1) 국가지원전략(Country Assistance Stragety, CAS)

MDGs 이후 첫 번째 주요한 국별지원전략은 CAS이다. CAS는 2006년 ODA 선진화의 수단으로 도입되었으며, 무상·유상 원조 별도의 전략을 수립하였다. 무상원조는 외교부의 주도로 2007년 CAS수립에 착수하였으며, 2008년에 CAS 작업을 완료하였다<sup>7)</sup>. 단, 수립된 CPS는 비공개 문서로 대국민에게 공유가 되지는 않았다. 한편 한국은 2008년 9월, OECD DAC 가입을 위하여 특별 자격심사를 받았으며, 이때 DAC는 국가차원의 조정된 의사결정과 그에 기반을 둔 ODA활동이 중요하므로, 전략적 도구로 국가지원전략의 활용을 권고받았다. CAS는 총 19개 국가를 대상으로 수립되었으며, 국가별로 다루고 있는 내용은 아래 표9와 같다.

표9. CAS(2008) 목차

세부 목차
1. 빈곤현황
2. 해당 수원국 정부의 개발계획
3. 우리나라의 대외무상원조 지원현황 및 평가
4. 대외무상원조 지원전략
1) 원조목적
2) 기본 지원방향
3) 지원 분야(보건의료, 교육, 행정제도, 산업에너지, 환경 등)

출처 : 외교통상부(2008)

MDGs 이전의 국별원조계획에 비해, 보다 수원국의 현황 및 수원국 자체 개발계획에 연계되는 원조를 하려는 노력을 확인 할 수 있다. 이는 MDGs에서 강조하고 있는 수원국의 원조 수요(needs)를 고려한 측면이라 볼 수 있다. 총 19개의 CAS 수립국 중 15개국이 중점지원분야로 보건 분야를 포함하고 있다. 해당 국가들의 CAS를 모두 살펴보고, 세부 보건 분야 지원방향을 국가별로 아래 표10과 같이 정리해보았다.

7) 한국 ODA 체계에서 CAS는 무상원조 부문과 유상원조가 별도로 만들어졌으며, 무상원조는 외교통상부(KOICA), 유상원조는 기획재정부(수출입은행) 주도로 작성되었다.

표10. CAS(2008) 보건중점지원분야 지원방향

	국가	보건 분야 지원 방향
1	라오스	직접적으로 MDGs 달성을 목표로 제시하고 있지 않으며, 지원 분야는 식수위생, 모자보건, 기생충, HIV, 백신, 인력 역량강화 등 전반적인 보건 분야 지원활동 모두 포함
2	베트남	직접적으로 MDGs 달성을 목표로 제시하고 있지 않으며, 지원 분야는 인프라개선, 접근성강화, 영양실조 감소, AIDS예방, 아동사망률 감소 등 전반적인 보건 분야 지원활동을 모두 포함
3	캄보디아	영아사망률, 산모사망률, HIV/AIDS사망자수, 결핵사망자 등 MDGs 목표 관련 데이터를 제시하고, 이를 위한 활동 계획을 구체적으로 명시
4	필리핀	직접적으로 MDGs 달성을 목표로 제시하고 있지 않으며, 지원 분야는 농어촌의료시설 확보, 결핵퇴치, HIV/AIDS, 조류인플루엔자 등을 포함
5	방글라데시	직접적으로 MDGs 달성을 목표로 제시하고 있지 않으며, 각종 질병 퇴치, 기초 보건의료서비스제공 확대에 초점
6	스리랑카	직접적으로 MDGs 달성을 목표로 제시하고 있지 않으며, 상하수도 부문 지원, 영양관리 프로그램 지원, HIV/AIDS예방사업을 포함
7	이라크	직접적으로 MDGs 달성을 목표로 제시하고 있지 않으며, 구체적인 지원분야 미포함
8	나이지리아	구체 지원 분야를 정하고 있지는 않으며, 단, MDGs 달성현황이 저조하여, 전방위적인 공여기관간 공조를 통한 지원이 필요함을 명시
9	에티오피아	직접적으로 MDGs 달성을 목표로 제시하고 있지 않으며, 지원 분야는 농촌지역 질병(말라리아, 수인성 질병), 사회 취약계층, 가족계획 분야 지원을 포함
10	탄자니아	구체 지원 분야를 정하고 있지는 않으나, MDGs달성을 위해 파급효과가 높은 지원모델 발굴 및 집중지원이 필요함을 명시
11	과테말라	직접적으로 MDGs 달성을 목표로 제시하고 있지 않으나, 모자보건지원에 초점
12	파라과이	직접적으로 MDGs 달성을 목표로 제시하고 있지 않으며, 모자보건지원에 초점
13	페루	직접적으로 MDGs 달성을 목표로 제시하고 있지 않으며, 지원 분야는 질병예방, 가족계획, 모자보건, 응급서비스, 인프라 개선 등을 모두 포함
14	우즈베키스탄	MDGs 4, 5 달성을 위한 구체 활동(응급의료서비스 개선, 안전한 식수 개발, 전염병 사업)을 포함
15	카자흐스탄	직접적으로 MDGs 달성을 목표로 제시하고 있지 않으며, 지원 분야는 핵실험으로 인한 암환자 치료, HIV/AIDS감소지원을 포함

출처 : 외교통상부(2008), 저자작성

국가별로 해당 수원국의 MDGs달성을 위한 국가개발계획 보유 여부, MDGs 달성 현황, CAS 보건 지원 분야 방향의 수준이 조금씩 상이하다. 하지만 공통적으로 상세 지원활동 방향에 MDGs 이전의 국별지원계획에서는 고려되지 않았던 HIV/AIDS 및 모자보건 분야 지원 등 MDGs와 직접적으로 연계되는 활동이 다수 포함되어 있음을 확인할 수 있다. 이는 MDGs의 영향으로 인한 변화로 볼 수 있다. 특히, 아래 BOX1에서 보듯이, MDGs 관련 수원국 개발현황 심층 분석은 아니나, CAS는 국가별로 차별화 하여 수원 국가별 지원전략을 수립한 최초의 시도로 볼 수 있다.

#### BOX1. 베트남 CAS 지원분야 내용(보건)

##### 4. 지원 분야

□ 베트남 측의 ODA 배분(안), 우리의 비교우위 및 지원능력, 세계적 개발원조 동향 등을 감안 아래 분야 관련사업을 중점 발굴하여 추진함.

##### 가. 보건의료

○ 보건의료 시설 등 인프라 구축 및 개선, 빈곤층을 중심으로 한 기초의료 서비스 접근성 강화, MDGs 달성을 위한 영양실조 감소, 영아사망률 감소, AIDS 예방 등의 분야 지원, 전염병 퇴치 지원 등

출처 : 외교통상부(2008)

#### (2) 국가협력전략(Country Partnership Strategy, CPS)

OECD DAC 가입 이후 2010년 10월 제7차 국제개발협력위원회는 26개 무·유상 ODA통합 중점 협력국을 선정하였으며, 이 국가들에 대한 통합 국가협력전략(Country Partnership Strategy, CPS) 수립을 의결하였다. CAS가 무·유상 원조 별도로 수립된 전략문서라면, CPS는 중점협력국에 대한 무·유상 통합 전략문서이다. 2011년부터 2013년 동안 외교부와 기획재정부, KOICA와 수출입은행 주도로 중점 협력국<sup>8)</sup>을 대상으로 통합 CPS를 수립하였으며, 대국민에게 모두 공개되었다.

8) 2011년 : 베트남, 가나, 솔로몬군도 CPS 수립, 2012년 : 볼리비아, 스리랑카, 인도네시아, 몽골, 아제르바이잔, 에티오피아, DR콩고, 캄보디아, 방글라데시, 필리핀, 우즈베크 CPS 수립, 2013년 : 라오스, 모잠비크, 페루, 카메룬, 콜롬비아, 나이지리아, 네팔, 동티모르, 르완다, 우간다, 파라과이, 파키스탄 CPS 수립

CPS는 한국의 원조전략 및 협력국의 개발과제를 종합적으로 고려하여 지원규모, 중점협력분야 및 실행계획 등을 총체적으로 정리한 국가별 ODA 지원 전략이다<sup>9)</sup>, 수원국의 개발환경 분석(주요 특성 및 국제사회의 원조 현황), 수원국의 국가개발전략, 한국의 해당 수원국 지원현황, 한국의 협력전략(기본방향 및 협력분야), 이행전략(자원배분 및 조직, 효과성 세공방안) 등의 내용을 포함하고 있다.

CPS 수립절차는 여러 단계를 거친다. 첫째로 CPS 수립 착수 후, 개발환경 분석 및 중점협력분야에 관한 1차 초안을 작성하고, 관계부처협의회 및 공관, 해외사무소의 의견을 수렴한다. 이후 수원국과의 사전정책협의를 거치고 논의된 사항을 반영하여 2차 초안을 마련한다. 이에 대한 해당 수원국 의견 수렴 후 3차 초안을 작성하고 관계부처협의회 및 전문가간담회를 통해 의견을 수렴한다. 대부분 서면으로 이루어지는 수원국과의 최종정책협의 후 최종안을 확정하고 국제개발협력위원회에 상정하여 CPS는 최종 수립된다(국무조정실, 2014).

이 과정 속에서 수원국이 자연스럽게 공여국의 개발전략 수립에 참여할 수 있었으며, 수원국의 MDGs 달성을 위한 전략이 공여국의 MDGs 지원 전략과 연계될 수 있었다.

국별협력전략은 MDGs로 인하여 어떠한 변화가 있었는지 살펴보기 위해, 2014년에 수립된 CPS의 보건중점지원분야 지원방향을 살펴보고자 한다. 총 26개 CPS 대상 국가 중 16개 국가가 보건의료분야를 중점분야를 포함하고 있으며, 세부 지원방향은 아래 표11과 같다.

표11. CPS(2014) 보건중점지원분야 지원방향

	국가	보건 분야 지원 방향
1	캄보디아	캄보디아천년개발목표(CMDGs) 달성수단인 국가전략개발계획(NSDP)은 보건서비스 개선을 위해 다양한 보건프로그램 및 보건인력 양성이 주요 목표로 하며, 기초 보건서비스 강화 및 빈곤층 의료서비스 접근성 향상, 식수개선 등을 구체 지원활동으로 포함

9) CPS는 주기적으로 수정/보완되며, 1기 CPS는 2011년-2015년까지 이므로, 2기 CPS가 곧 다시 수립될 예정이다.

2	필리핀	MDGs 달성을 위한 필리핀 정부의 Aquino Health Agenda(AHA)과 연계하여, 필리핀 건강보험체제 개선을 통하여 국민의 의료비 부담 감소와 국민의 의료서비스 혜택 확대 등을 구체 지원내용으로 명시
3	방글라데시	MDG 목표 4와 5의 달성 기여를 위해, 보건의료 인적강화, 의료서비스 접근성 강화, 취약계층 보호 등을 구체 내용으로 명시
4	라오스	라오스 정부가 MDGs 목표 4,5,6 달성을 위해 수립한 제7차 보건 분야 개발계획(2011-2015)과 연계하여, 인적역량강화, 보건의료 서비스 및 교육체계 구축, 제도적 역량강화 지원을 구체 명시
5	네팔	장기 국가 비전 및 MDGs 달성을 위해 네팔 정부가 수립한 3개년 국가개발계획과 연계하여 구체 지원활동으로 서비스 전달 역량강화, 보건의료인력 역량강화, 보건의료체계 운영역량강화 명시
6	파키스탄	모성 및 아동 보건, 영양 및 식수 위생 등 대부분의 보건 관련 MDGs 달성을 위해, 파키스탄 식수 위생 시스템 개선 및 단계별 보건의료기관의 서비스 제공 역량 강화 지원이 필요함을 명시
7	동티모르	MDG 달성 등 국가 기초 보건수준 향상에 기여를 위해, 말라리아, HIV/AIDS 등 질병관리 강화, 모자보건 증진 등의 구체지원방안 명시
8	솔로몬군도	MDGs달성현황 분석(MDG 목표 4(아동사망률)와 MDG 5(모성 보건 증진)의 경우, 진전이 있거나, 이미 목표를 달성하였으나, 접근성이 취약한 지역이 여전히 많은 상황) 내용은 있으나, 지역 보건소 및 보건지소 설립, 지역 보건의료 프로그램 관리 등의 구체 지원내용이 MDGs 목표 달성과 직접적으로 연계는 미흡
9	페루	MDGs달성현황 분석(보건분야 MDGs를 이미 달성했으며 영아사망을 및 모성사망률이 감소했으나, 도농간 및 소득수준별 격차 지속) 내용 외에도, 페루 국가계획과 연계하여 지역사회 건강증진, 인적역량강화, 건강보험제도 지원 등의 구체 지원분야 제시
10	볼리비아	빈곤감소비율과 MDGs 지표를 개선하기 위한 지원을 강화하기 위한 시설개선 및 확충, 역량강화 등 구체 지원내역 명시
11	우즈베키스탄	우즈베키스탄 국민의 건강 수준 향상 및 MDGs 달성에 기여를 위해, 아동병원 의료수준 향상, 인프라 강화, 인력역량강화 등 구체내역 지원 명시
12	가나	MDGs달성현황 분석(모성사망률 감소는 ‘15년까지 달성 불가능한

		것으로 예상되며, 가나의 MDGs 달성에 있어 중 가장 부진한 분야로 평가)과 가나 보건부문 중기개발계획( ‘10-13)에 근거, MDGs달성을 위하여 보건소 전문 인력 육성, 행동개선 프로그램 등 지원 명시
13	DR콩고	MDGs달성현황 분석(MDG 목표 5, 6 달성 불확실)말라리아 퇴치 및 지역 모자보건에 중점을 둔 보건의료체계 강화 지원 명시
14	에티오피아	MDGs달성현황 분석(MDG 목표 5 달성 불확실)모자보건에 중점을 둔 프로그램 지원 명시

출처 : CPS(2014)<sup>10)</sup>, 저자 작성

CAS와 비교했을 때, 가장 눈에 띄는 변화는 수원국의 분야별 세부 전략에 보다 연계하고자 하는 노력이 확인된다는 점이다. 또한 MDGs 목표 4,5,6 달성이라는 목표를 직접적으로 명시한 국가의 수가 CAS에 비해 증가하였다. 이는 수원국 자체적으로 MDGs달성을 위한 보다 세부적인 국가개발전략을 수립한데에 그 요인이 있을 수 있을 것이며, 한국의 OECD DAC 가입 이후 국제사회 규범 준수의 의무가 커진 것도 한 가지 이유라고 예상할 수 있다.

더불어 OECD DAC 가입 요인 이외에도, 시간이 흐르고 원조의 양이 늘어남에 따라 원조 전략 수립의 방식이나 내용의 질이 점차 긍정적인 방향으로 개선되었다고도 볼 수 있다.

OECD DAC에서는 4-5년 주기로 DAC 회원국을 대상으로 동료 회원국들이 ODA 전략, 원조 규모, 채널 및 배분, 조직과 관리, 원조 효과성을 평가한다. 한국 역시 2012년도에 동료평가를 받았으며, 이때 2개 동료 DAC회원국 대표들이 심사관 자격으로 한국을 방문하여, 국회의원, 정부관계자, NGO등을 인터뷰하고, ODA 방향성과 검토, 현장실사 등을 수행하였다. 이후 결과는 OECD DAC 동료평가 결과보고서로 제출하게 되는데, 검토 결과 내용 중, 아래 BOX2의 보고서 발췌문에서 확인 할 수 있듯이, 한국의 원조가 보다 MDGs와의 연계가 필요하다는 지적을 한 바 있다.

10) 출처 : [https://www.odakorea.go.kr/ODAPage\\_2012/T02/cps/asia/Vietnam.jsp](https://www.odakorea.go.kr/ODAPage_2012/T02/cps/asia/Vietnam.jsp)

## BOX2. OECD DAC 동료검토(Peer Review)(일부)

---

OECD DAC 동료평가 결과보고서 여러 부분에서 MDGs 이행이라는 목표아래 일관된 정책과 전략에의 정확한 명시가 필요하다고 아래와 같이 언급하고 있다.

*“ 5대 기본원칙 위에 구축된 한국의 새로운 원조체계는 새천년개발목표 (MDGs)를 비롯한 국제적으로 합의된 개발목표달성과 빈곤감소라는 공통의 목적 아래 한국의 모든 개발협력노력을 통합하는 것이다. 이러한 공통의 목적이 중요한 이유는 한국의 ODA체계가 각각 다른 시행기관이 담당하는 무상과 유상원조라는 양대 축으로 구분되어 있기 때문이다(DAC, 26page).*

*한국의 중점 지원 분야는 기본법의 원칙에 부합하고 새천년개발목표(MDGs) 달성을 지지하나 상당히 광범위하게 설정되어 있어 보다 집중될 필요가 있다(DAC, 29page)*

*한국의 중점 지원 분야는 새천년개발목표(MDGs)와 명확한 연계성을 가지고 있으나 선정된 중점협력국과 MDGs와의 연관성은 덜 분명하다. 선정된 26개국 중, 과반수가 중소득국이며 MDGs 목표달성이 이미 가시화된 국가들이다(DAC, 30page)*

*한국은 MDGs 달성을 위한 각국의 진행사항에 대한 최신 정보를 참고하여, 한국의 지원이 어느 정도 실질적인 영향을 미칠 수 있고 각 국가별로 가장 적합한 형태의 원조수단이 무엇인지 고려해야 한다.(DAC, 31page)*

다만, 이러한 국제사회의 제언은 강력한 강제성을 가지고 있지 않아, 단기적으로 현실적으로 변화를 일으키는 데에는 한계가 있으나, 한국의 장기적 ODA 방향성 설정에 영향을 미칠 수 있는 요소이다.

---

출처 : DAC(2012)

또한 26개의 중점협력국 CPS를 살펴본 결과, 수원국의 개발 환경 분석에서 해당 수원국의 MDGs 달성 현황과 이행가능수준을 포함하고 있다. 보건 분야 MDGs의 경우, MDGs 목표 4,5,6에 해당되는 아동 영아 사망률 및 모성사망을 감소, 말라리아와 기타 질병퇴치, HIV/AIDS확산 저지에 관한 내용에 대해 주로 분석하고 있었다. 아래 BOX3은 캄보디아의 CPS 보건분야 개발환경 분석으로, 캄보디아의 MDGs달성 현황 및 문제점 등을 기술하고 있다.

### BOX 3. 캄보디아 CPS 보건 분야 개발환경 분석

- 
- ☐ 캄보디아 정부는 보건·의료분야에 대한 집중적인 투자와 주요 공여국의 적극적인 지원으로 주요 보건지표는 개선 중임
    - HIV/AIDS 및 말라리아, 뎅기열, TB 등의 질병에 대한 통제 관련 MDG 목표를 이미 달성하거나 달성할 예정임.
      - \* HIV/AIDS 감염자(%) : 2.0 ( ' 98) → 1.4 ( ' 02) → 0.7 ( ' 08)
      - \* 말라리아 발병 건수 (1,000명당) : 11.4 ( ' 00) → 4.4 ( ' 08)
      - \* TB (100,000명당) : 928 ( ' 97) → 664 ( ' 07)
    - 전염병 외에 치과·안과·정신과 등 주요 서비스 부족 분야에서 국가단위 프로그램을 마련, 관련 상황 개선을 위한 노력을 경주함
  - ☐ 비전염성 질환이 증가 추세이고, 모성 및 아동 보건, 빈곤에 의한 영양결핍 등 고질적 의료문제는 잔존함
    - 도시화와 영양 섭취 습관 변화, 늘어난 기대 수명으로 인해 비전염성 질환 (당뇨, 심장병, 고혈압, 교통사고 등) 증가함
    - 5세 미만 아동사망률 및 모성사망률 등 지표는 관련 MDG 달성 가능하다고 하나 인접국들에 비해 아직 열악하며, 보건서비스 접근성의 지역별 격차가 큼.
      - \* 5세 미만 사망률 83명( ' 05) → 54명( ' 10)
      - \* 출생아 100,000명당 모성사망자수 437명( ' 97) → 206명( ' 10)
  - ☐ 의료서비스 접근성의 지역별·계층별 격차가 크며, 특히 낙후지역과 소수민족·빈곤계층 위한 보건인프라, 의료인력, 재정이 부족함
    - 균형 있는 의료서비스 지원을 위해 의료 법·제도 구축, 전문 의료 인력 역량강화, 효과적 정책수립을 위한 보건 정보시스템 확립을 위한 지속적인 노력 필요함
- 

출처 : 캄보디아 CPS(2014 :14)

구체적으로는 아래 표 12,13에서 확인 할 수 있듯이, CPS 국가별 개발 환경 분석에서 캄보디아 정부의 MDGs달성 현황(Cambodia Millennium Development Goals, CMDGs)을 포함하고 있다. 구체적으로는 MDGs 목표 4,5,6의 세부목표에 해당하는 5세이하 아동 사망률, 영아 사망률, 홍역 예방접종률, 모성 사망률, 15-49세 HIV감염률, 말라리아 사망률, 결핵 유병률, 보건전문 인력에 의한 출산을 등에 대한 달성 현황과 목표치이다. 뿐만 아니라 캄보디아 정부의 개발목표 중, 보건 분야 개발목표와 현재 진행 중인 프로젝트와의 연계성, 예상되는 기여사항을 포함하고 있다.



표12. 캄보디아 새천년 개발목표(CMDGs) 달성현황 분석(1)

목표 4	아동 사망률 감소	진행상황			달성여부
		기준	현재	'15년 목표	
세부목표 4.1	5세 이하 아동 사망률 (1천명당)	124 (1998)	83 (2005)	65	달성가능
세부목표 4.2	영아사망률 (1천명당)	95 (1998)	60 (2008)	50	달성가능
세부목표 4.3	1세 이하 아동 홍역 예방접종률	41.4 (2000)	91 (2008)	95	달성가능
세부목표 4.4	6-59개월 아동 중 비타민A 캡슐(VAC) 수혜자	28 (2000)	79 (2008)	90	달성가능
세부목표 4.5	1세 이하 아동 DPT3-HepB 예방접종률	43 (2000)	92 (2008)	95	달성가능
세부목표 4.6	첫 6개월동안 모유수유 아동 비율	11.4 (2000)	65.9 (2008)	70	달성가능
목표 5	모성보건 증진	진행상황			달성여부
		기준	현재	'15년 목표	
세부목표 5.1	모성사망률 (출산 10만명당)	437 (1997)	461 (2008)	250	달성불가능
세부목표 5.2	총출산율	4 (1998)	3.1 (2008)	3	달성가능
세부목표 5.3	보건전문 인력에 의한 출산율	32 (2000)	58 (2008)	87	달성가능
세부목표 5.4	출산터울조절 기혼여성 비율	18.5 (2000)	26 (2008)	60	달성불가능
세부목표 5.5	2회 이상 보건전문 인력에 의한 산전관리 임신부 비율	30.5 (2000)	81 (2008)	90	달성가능
세부목표 5.9	제왕절개에 의한 출산여성 비율	0.8 (2000)	2 (2008)	4	노력필요
목표 6	HIV/AIDS, 말라리아 및 각종 질병 퇴치	진행상황			달성여부
		기준	현재	'15년 목표	
세부목표 6.1	15-49세 HIV 감염률	1.9 (1997)	0.7 (2008)	0.6	달성가능
세부목표 6.2	임산부 HIV 감염률 (15-24세 산전관리클리닉 방문자 중)	2.1 (1998)	1.1 (2006)	0.4	달성가능
세부목표 6.7	HIV 감염자 중 항레트로바이러스(ART)치료 수혜율	3 (2002)	92 (2008)	95	달성가능
세부목표 6.8	말라리아 사망률 (공공보건 보고)	0.4 (2000)	0.35 (2008)	0.4	달성가능
세부목표 6.13	뎅기열 사망률 (천명당, 공공 보건 보고)	1.5 (2003)	0.3 (2009)	0.3	달성가능
세부목표 6.14	결핵 유병률 (10만명당)	928 (1997)	664 (2007)	464	달성가능

출처 : 캄보디아 CPS(2011 : 22)

표13. 캄보디아 새천년 개발목표(CMDGs) 달성현황 분석(2)

분야	캄보디아 개발목표 (NSDP 2009-2013 및 섹터목표)	주요 프로젝트	예상 기여사항 (Output/Outcome /Indicators)
중 점 분 야	<p>효율적이고 평등한 기초보건서비스를 위한 인프라 건설, 보건인력 역량강화</p> <p>2013 Target:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 출생아 100,000명당 모성사망을 250명으로 감소</li> <li>- 숙련된 의료인력에 의한 출산 비율 85%</li> </ul>	<p>&lt;진행사업&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 국립소아병원 기능개선 사업</li> <li>- 시엠립주립병원 역량강화사업</li> <li>- 바티에이병원 역량강화사업</li> <li>- 앙두영안과전문 병원 설립사업</li> <li>- 북서부(바탐방지역) 조산사양성 및 모자보건사업</li> </ul>	<p>보건서비스 접근성 및 질적 향상</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 기초보건서비스 역량강화를 통해 해당지역 보건의료서비스의 질을 향상</li> <li>- 해당지역 빈곤계층의 보건의료 서비스 접근성 향상</li> <li>- 의사 및 간호사, 조산사 및 기초 보건의료 인력 수 증가</li> <li>- 조산사 교육의 질 향상</li> <li>- 50명 이상 초청연수, 30명 이상 봉사단파견</li> </ul>

출처 : 캄보디아 CPS(2011)

따라서 CPS 수립 시, 보건 분야 개발 환경 분석 및 이행계획 수립에 있어, MDGs가 면밀하게 분석되었고, 주요하게 고려되었다고 볼 수 있다. CPS상의 이행 계획 항목, 예를 들어 CPS 중점협력분야 등은 최종적으로 정부 부처별 지원 희망 국가, 수원국의 개발 우선순위, 수원국의 지원 희망 분야 등이 고려하여, 관계부처 협의 후 결정된다(국무조정실, 2014). 다만 CPS자체가 모든 프로젝트를 포괄 할 수 있을 만큼 범주가 크고, 모호한 부분이 있어, 중점분야가 보건인 국가라 하더라도, MDGs의 세부목표 달성과는 긴밀히 연결되는데 있어 한계가 있다고 볼 수 있다. 또한 신규 대상사업 사업 심사 시, 해당 국가 CPS의 중점협력분야와의 일치성이 KOICA 사업심사 주요평가로 고려되는 반면<sup>11)</sup>, MDGs의 기여가능성이나, 연계성 등은 심사 시 주요 요소가 아니었으며, 이는 MDGs가 실제 이행에 우선적으로 고려되는데 있어 제약이 될 수 있다.

이는 인터뷰에 참여한 직원들의 인터뷰를 통해서도 확인 할 수 있었다. 대부분의 직원들은 MDGs가 KOICA가 고려해야 할 중요한 목표임을 인식하고 있었으며, 결국 큰 틀 안에서는 공여기관 전략에의 반영 등을 통해 MDGs와 실제 연결

11) 중점협력분야에 포함되지 않는 성격의 사업일 경우, 사업심사에 통과하지 못한다는 의미는 아니다.

될 수 밖에 없다고 생각하고 있었다. 하지만 전략 이후의 실제 사업이 형성되는 과정에서는 해당 사업이 MDGs달성에 기여할 수 있는지의 여부보다는 사업심사시 주요하게 고려되는 수원국 정부의 세부 요청사항, CPS 중점협력분야와의 일치성, 그 외 정부 공약사업 여부 등이 주요하게 고려된다고 인터뷰를 통해 답하였다.

*“MDGs보다는 공여기관의 구체 전략(CPS), 수원국의 구체 국가계획 등이 더 중요하고, MDG는 2-3순위가 되었던 것 같아요. MDGs는....구체적이고 우리가 중요시 해야할 목표임은 분명한데 다소.....선언이나 구호로 생각 되었던 게 사실입니다” (KOICA 과장, 여)*

결론적으로 CPS를 수립하는데 있어, MDGs는 개발환경 분석 등의 과정에서 비교적 상위 우선순위로 고려되고 반영되었지만, 제도적 한계 등으로 사업형성 혹은 실제 이행과 연결되는 시점에서는 MDGs가 주요하게 반영되지 못한 것으로 보인다.

## (2) KOICA 보건 중기전략

KOICA 보건 중기전략(2011-2015)은 효과적이고 지속가능한 보건의료 ODA 실행을 위하여 선택과 집중, 효과성 증진, 파트너십 강화를 실행계획으로 제시하고 있다. 특히 국가협력전략 중심 프로젝트, 아동과 여성 등 취약계층 지원 프로젝트, 비교우위 프로그램에 집중하는 것을 목표로 하고 있다.

효과성 증진영역은 보건의료 사업기획강화, 모니터링 및 평가체계 강화, 필수 보건의료 서비스 패키지를 통한 집중 지원을 목표로 하고 있으며, 파트너십 강화영역은 참여형 개발협력구현, 현장조화 강화, 국내 보건의료 기반 강화를 목표로 하고 있다.

MDGs와의 직접적인 연계는 명시하고 있진 않고 있지만, 실제 전략에서 제시하고 있는 효과성 증진영역, 파트너십 강화영역 등의 내용은 MDGs 4,5,6번 목표 달성과 연계되어 있다고 볼 수 있다. MDGs 이전의 분야전략과 비교하면, MDGs가 강조하고 있는 틀 안에서 보건의료 전략이 수립되었음을 확인할 수 있다(그림5 참고).

그림5. KOICA보건의료 지원전략(2011-2015)

비전(VISION)	개발도상국 주민의 건강한 삶을 통하여 지속가능한 발전에 기여한다				
TARGET GROUP	여성과 아동				
상위목표 (GOAL)	보건의료 시스템 강화를 통하여 개발도상국 자체적으로 취약계층에게 필수적인 보건의료서비스를 제공할 수 있도록 이바지한다.				
추진방향	● 보건의료 체계 강화			● 취약계층, 취약질병 지원강화	
전략목표 (OBJECTIVE)	보건의료 인력 역량 강화	보건의료 제도적 역량 강화	보건의료 서비스 접근성 강화	모자보건 및 가족계획 향상	전염성 질병 예방 및 관리 강화
중점 프로그램 (OUTPUT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>국가 보건의료 정책 인력 양성</li> <li>의료 전문 인력 양성</li> <li>기초 보건의료 인력 양성</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>의료보험 및 재정적 역량 강화</li> <li>보건의료 정보체계 강화</li> <li>보건의료 정책역량 강화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>필수 보건 의료 서비스 수요 증진</li> <li>기초보건 &amp; 의료전달시스템 강화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>가족계획 보급 및 생식건강 향상</li> <li>임신 및 출산 관리 향상</li> <li>아동 보건 향상</li> <li>임산부 및 아동 영양 수준 향상</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>소외열대질환 예방 및 관리</li> <li>결핵 관리</li> <li>에이즈, 말라리아 및 기타 전염성 질병 예방 및 관리</li> </ul>
접근 방법 (APPROACH)	● 효과적이고 지속가능한 보건의료 ODA 실행				
	선택과 집중		효과성 증진		파트너십 강화
	<ul style="list-style-type: none"> <li>국별협력전략(CPS)중심 사업지원</li> <li>아동과 여성 등 취약계층 지원강화</li> <li>비교우위 프로그램실행</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>보건의료 Assessment 강화</li> <li>보건의료 전문가 참여 강화</li> <li>모니터링 및 평가체계 강화</li> <li>필수 보건의료 서비스 패키지 집중 지원</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>참여형 개발협력 구현</li> <li>현장 Harmonization 강화</li> <li>국내 보건의료 기반 강화</li> </ul>

출처 : KOICA(2015)

KOICA보건의료 지원전략을 평가한, 보건중기전략 평가(KOICA, 2016)에 따르면, 2010년-2015년 진행된 프로젝트 66개 중에서 CPS(Country Partnership Strategy) 중점 협력국 대상 프로젝트는 43개였으며, 43개 프로젝트 모두 CPS와 일치하는 프로젝트를 진행하여, 보건 중기전략의 실행목표를 달성하였다고 볼 수 있다.

하지만, CPS에 부합하는 보건 분야 프로젝트를 진행할 수 있었던 계기는 KOICA 프로젝트 ‘심사’ 시, 평가 기준에 CPS의 중점분야와의 일치성을 주요 평가 기준으로 삼았기 때문이며, 보건 중기전략이 강제성이나 의무를 가지지 않기 때문에 실제 사업수행에의 영향에는 한계가 있었다고 명시하고 있다.

## 2. 사업 집행 가이드라인 변화

2장에서는 KOICA의 보건사업을 진행 시, 산출되는 결과물인 사업집행계획, 수원국 요청서, 평가보고서 가이드라인을 MDGs 이전과 이후로 비교해 보고자 한다. 사업집행계획은 신규 사업으로 선정된 사업에 한해, 조사 결과를 바탕으로 사업의 계획을 수립하여 뼈대를 만드는 단계이므로, 사업집행계획을 살펴봄으로써, 사업이행 과정 중의 MDGs로 인한 변화를 확인할 수 있다.

또한 수원국 요청서를 살펴보는 이유는 MDGs 수립 이후, 수원국은 MDGs달성 의무로 인해, MDGs목표달성과 보다 직접적으로 연계되어 있는 사업을 요청할 가능성이 높고, 따라서 PCP에 이러한 내용이 반영되어 있을 수 있기 때문이다. 마지막으로 사업평가 가이드라인은 PCM 프로세스 상, 사업평가는 사업의 성과, 교훈 등을 다시 다음 사업기획단계에 환류시키는 중요한 작업이며, 따라서 사업평가 가이드라인을 MDGs 전후로 비교해 살펴봄으로써, 사업이행 과정중의 MDGs로 인한 변화를 확인할 수 있다.

### 1) MDGs 이전의 사업집행 가이드라인

#### (1) 사업집행계획

MDGs 이전의 신규 사업 사업집행계획은 아래 BOX 4의 목차와 같이, 사업개요, 사업 추진 기본 방향 및 세부계획, 양국 간 분담사항 등 사업추진을 기본적인 사항을 포함하였다. MDGs 이전의 원조는 △건물이나 시설 인프라를 지원하는 형태, △인프라 건축과 관리는 수원국이 부담하고, KOICA는 기자재 등의 물자와 전문가 파견 등의 기술협력을 지원하는 형태, 그리고 △KOICA가 인프라와 인적지원 지원 등의 기술협력을 모두 지원하는 형태가 대표적이었다(KOICA, 1997). 사업집행계획에는 사업타당성, 추진배경 및 해당 국가 및 지역의 개발환경분석 보다는 주로 투입요소 지원 추진계획이 대부분의 내용을 차지하였던 것으로 보인다.

#### BOX4. 사업집행계획 목차(1997)

- 
- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 1. 사업개요                            |                     |
| - 사업명, 사업기간, 예산, 목적 및 목표, 연도별 지원계획 |                     |
| 2. 기본 방향                           | 3. 전체 지원계획          |
| 2. 해당 년도 세부 계획                     | - 양국 간 분담사항, 운영계획 등 |
| - 지원내역, 지원방법,                      | 4. 추진경과 및 일정        |
| 사업수행기관(건축업체, 기자재 업체 등)             | [RD]                |
| 선정계획                               | [사업수행기관 계약서]        |
- 

출처 : KOICA(1997)

1996년도 기준, 이러한 프로젝트 성 원조가 총 사업비의 21.8%의 비중을 차지하였으며, 이는 1995년 대비 22%가 증가한 수치로, 프로젝트 성 원조의 비율은 2000년 이전에도 계속적으로 증가추세에 있었다. 반면 프로젝트 성 관련 규정이 미비하고, 사업계획, 사업종료, 평가까지의 단계에 걸친 사업수행 관리체계가 미흡한 측면이 있다는 자체평가와 이를 개선하고자 하는 방향제시가 계속적으로 이루어졌다(KOICA, 1997).

#### (2) 사업평가 가이드라인 및 수원국 요청서

MDGs 이전의 프로젝트 성 원조의 사업평가는 크게 중간평가와 종료평가로 나눌 수 있으며, 중간평가는 프로젝트 목표달성의 진척상황, 계획 수정의 필요성, 프로젝트 지원방향 점검 및 향후 조치필요사항 점검 등으로 이루어졌으며, 종료평가 및 사후 평가는 목표달성도, 사업효과, 프로젝트 자립발전 전망, 사업기간 연장 여부, 사후관리 필요성 및 교훈, 제언 도출로 구성되었다. 투입요소가 계획대로 추진되어 완료되었는지 여부, (공사 및 기자재 지원 등에 있어) 사업추진상의 문제점, 간략한 향후 운영계획 및 사업 정산결과를 포함한다. 2000년도 이전의 수원국 요청서 양식은 확인이 불가능하여, 수원국 요청서는 MDGs 이후의 양식만 확인하였다.

## 2) MDGs 이후의 사업집행 가이드라인

### (1) 사업집행계획

MDGs 이후의 사업집행계획은 신규 사업으로 선정된 사업에 한해, 심층조사의 결과를 바탕으로 수립하며, 사업의 추진방향, 수혜자, 성과지표, 예산투입계획, 사업추진일정, 사업시행자 선정, 용역범위, 입찰방법, 주요조건, 계약한도액 등을 포함하고 있다.

#### BOX5. 집행계획 목차

I. 사업개요	IV. 사업추진계획
1. 사업개요서(국/영문)	1. 사업추진개요(상동)
2. 연도별 예산집행계획	2. 지원방법 및 주요활동계획
3. 추진일정	3. 사업수행체계
	4. 사업관리
II. 추진배경 및 경위	
1. 추진배경	[예산세부내역]
2. 추진경위	[사업시행자 선정계획]
	[기자재 세부내역 / 해당시]
III. 사업추진타당성 및 사업관련현황	[건축 세부내역 / 해당시]
1. 타당성분석 개요	[국영문 PDM]
2. 사업추진타당성 세부검토	[R/D]
3. 수원국 관련현황	[TAG 회의 결과보고서]
4. 이해관계자 분석 및 SWOT 분석	[Project Executive Summary]

출처 : KOICA(2016)

MDGs이후, 사업집행계획에 있어, 가장 큰 변화는 해당 사업이 MDGs에서 제시하고 있는 보건 분야 목표와 관련이 있는지, 있다면 어떤 측면에서 달성 지원이 가능하고, 관련이 없다면, 어떤 측면에서 사업의 타당성을 제시할 수 있을지 기술되어 있다는 점이다. 또한 모자보건 사업, 의료접근성 강화사업, 기초 의료시설 제공 등의 사업의 경우, 성과관리를 위한 PDM의 중장기 달성 목표로 MDG 4,5,6 이행 지원을 대부분 포함하고 있었다. 다만 이러한 변화는 MDGs 선언 직후가 아닌, 한국이 OECD DAC에 가입한 2009년 이후 두드러지게 나타났다. 이 또한 OECD DAC가입 이후, 국제사회의 합의를 감안하여 자체 제도개선을 한 결과라고 해석할 수 있다.

또한 보건 사업의 경우, 지역의 보건의료현황문제 파악 및 원인 분석과 해결 방안을 도출하고자 하는 앞 부분의 내용이 MDGs 이전에 비해 추가되었다.

## (2) 사업평가 가이드라인

사업평가는 사업의 성과, 교훈 등을 다시 다음 사업기획단계에 환류시키는 중요한 작업이면서 동시에 사업의 성과 도출해내는 단계이기도 한 중요한 단계이다. 따라서 KOICA는 ODA사업 사업평가 가이드라인을 수정, 보완하며 제시하고 있다. 보건 분야에 대한 별도의 가이드라인을 제시하지는 않으며, 공통의 가이드라인이다.

KOICA 사업평가 시행세부지침 4조에 근거, 평가의 원칙을 제시하고 있다. 이는 OECD DAC가 제시하고 있는 평가의 5대 원칙이기도 하며, 대부분의 KOICA 사후평가<sup>12)</sup>의 경우, 이들 원칙에 근거, 평가를 수행하고 있다.

첫 번째는 적절성(Relevance)이다. 수원국 및 공여국 정책 또는 개발 우선순위와 사업의 연관성을 의미한다. 두 번째는 효과성(Effectiveness)으로, 사업의 목적이나 목표의 달성 정도를 의미한다. 세 번째는 효율성(Efficiency)으로, 여타 대안을 감안하여 투입대비 산출물 달성 정도 평가하는 항목이다. 네 번째는 영향력(Impact)으로 사업의 결과 또는 수행 중 수원국의 사회, 경제, 환경 등에 발생한 긍정적 또는 부정적 효과를 의미한다. 마지막으로 지속가능성(Sustainability)은 사업종료 후 협력사업의 영향 및 효과의 지속가능성을 의미한다.

KOICA 보건 사업 평가 시, MDGs 기여정도를 주요하게 다루고 있는지를 살펴보기 위해, KOICA ODA도서관에서 제공하고 있는 2007년부터 2015년에 평가가 시행된 KOICA 보건분야 사업평가 보고서 20건을 살펴보았다.

대부분의 평가 원칙은 위에서 언급한 OECD DAC 5대원칙을 기준으로 평가를 수행하였으며, 평가팀에 따라 MDGs 이행에 기여하였는지를 적극적으로 기술하거나, 다루지 않거나 편차가 있음을 확인 할 수 있었다. MDGs 이행을 고려

12) 사업 종료 후 약 2년 후, 시행되는 평가로 책임성(accountability)을 목적으로 두고 하는 평가이다.



한 경우는 주로, DAC 5대 원칙 중, 적절성 항목 평가에서 정책/전략적 부합성을 검토하며, 해당 사업을 통한 MDGs 달성정도를 평가하는 경우가 대다수였다.

사업평가 단계에서 MDGs 기여도를 대부분 고려하고 있지 않다는 점은 직원들의 인터뷰를 통해서도 확인할 수 있었다. 단, 사업평가 시 MDGs달성의 기여도 등을 반드시 다루어야할 필요가 있는지에 대한 질문에서는 한 개의 사업이 MDGs에 대한 어느 정도 직접적인 기여를 했는지, 평가하기는 쉽지 않고 이는 의미도 없지만, 단 조직차원의 MDGs기여도를 제시할 필요는 있으므로, 해당 사업이 MDGs와 어떻게 연계되는지 정도의 언급은 필요하다고 답하였다.

반면 영국의 국제개발협력부(DFID)의 경우, 사업단위 평가 뿐 아니라 기관의 성과 평가를 MDGs 달성에 있어 얼마나 진전이 있었는지를 제시하고 있어 참고할 만 하다. DFID는 위의 그림5과 같이, 사업 및 기관의 성과를 레벨 1-4까지 나누고 있으며, 사업의 성과는 레벨1에서 제시하고, MDG 목표별로 제시하고 있다 (BOX6 참고).

BOX6. DIFD의 MDGs와 연계한 사업성과 제시

레벨 1	핵심적인 개발 결과물에 대한 진전	MDG1: 절대빈곤 및 기아 척결 MDG2: 보편적 초등교육의 제공 MDG3: 성평등과 여성 자력화의 촉진 MDG4: 아동사망 감소 MDG5: 산모건강 증진 MDG6: HIV&AIDS, 말라리아와 다른 질병 퇴치 MDG7: 지속가능한 환경 보장
------	--------------------------	--

출처 : DFID(2015)

계량적으로는 양자 및 다자 사업의 성과를 수혜자수로 집계하였으며, 이를 MDGs 목표로 제시하고 있다. 또한 수원국 별 MDGs 이행 정도를 정성적으로 함께 평가하여 제시하고 있으며, 이는 기관차원에서 MDGs에 대해 어떠한 기여를 하였는지 보여주려는 노력으로 해석할 수 있다.

### (3) 수원국사업요청서(Project Concept Paper, PCP)

PCP는 주요 문제분석 및 수원국 측이 생각하는 사업의 기본방향을 제시하는 문서로, 아래 내용을 포함한다.

- 사업개요 : 사업명, 목적, 비용, 기간, 수원기관, 사업대상지
- 현황분석 : 현황, 문제 및 기회분석, 수원국 정책 및 우선순위, 사업추진 필요성
- 이해관계자 분석 (수혜자, 수원부처 등)
- 사업추진 기본방향(PDM 초안 포함) (예산 투입, 활동, 산출물, 하위목표)
- 초기 위험요소 파악 및 평가(환경 스크리닝 등)

KOICA 사무소는 수원국과 수시·정기적으로 수원국 요청사업을 논의하고, 수원국은 PCP를 작성하여 수원총괄기관이 KOICA 사무소로 제출한다. 이때 사무소는 사업의 목적이 사업지의 주요문제를 해결하기에 적절한지, 이에 따른 성과위계가 잘 수립되었는지, 수혜 대상 범위 및 주요 이해관계자 분석이 잘 되어 있는지, 사업 기본 성과지표에 대한 기준치(Baseline) 정보 확보 여부 또는 확보가능성, KOICA 타 사업 및 유상원조사업, 국제기구/타 원조기관 등과의 연계협력 가능성 등을 검토한다. 이후 KOICA 본부는 PCP의 정책/전략 부합성, 기본방향의 적절성 등을 검토하여, 예비조사 대상 여부를 결정한다. 보다 상세한 체크리스트는 아래와 같다.

- 수원국 개발계획 및 CPS와의 직접연계성(기여도)
- 현황 및 문제점 규명의 타당성
- 이해관계자 및 수혜자/수원기관 파악의 적절성
- 문제해결을 위한 사업구성 전반의 적절성
- 예산투입 대비 효율성 및 지속가능성
- 초기 위험요인 분석 및 대응방안, 범 분야(환경, 여성) 반영 여부

PCP를 주요하게 살펴보고자 하는 이유는 MDGs 수립 이후, 수원국은 MDGs 달성 의무로 인해, MDGs 목표달성과 보다 직접적으로 연계되어 있는 사업을 요청하고, PCP에도 이러한 내용이 반영되어 있을 수 있다고 보았기 때문이다. 2000년 이전의 사업과 이후의 사업 PCP를 비교하고자 하였으나, 2000년 이전에는 이러한 PCP를 통한 사업요청 절차가 없어, MDGs선언 이전 이후의 양적·질적 변

화를 비교하기는 불가능하였다. 이에 2005년부터 2015년까지의 KOICA 보건사업의 PCP를 살펴보았다.

모자보건사업과 같이 보건목표 4,5와 명확히 연계되는 경우의 사업은 최종 목표(Ultimate Goal)에서 MDGs를 언급하고 있었다. 반면 사업 내용을 넓게 해석하면, MDGs 목표 달성과 연계될 수 있는 사업의 경우에는 적극적으로 MDGs 목표 달성과 긴밀히 연계하여 기술하고 있는 PCP는 드물었다. 이는 PCP목차에서도 MDGs를 주요하게 다루고 있지 않을 뿐 아니라, 사업으로 형성되느냐 되지 않느냐의 문제에서 MDGs기여도가 고려되고 있지 않기 때문으로 보인다.

인터뷰에 참여한 직원들 중 사무소에서 근무하였던 직원들의 인터뷰를 통해서도 확인 할 수 있었다. 수원국이 공여기관에 요청하는 사업의 경우, MDGs달성이 자국의 개발목표에 들어있다고 하더라도, 수원국의 예산 및 인력 등의 여러 가지 현실적 한계, 정치적 이해관계 등이 보다 주요한 결정요인으로 작용하는 경우가 많다는 의견이 대다수였다.

### 3. 보건사업 변화

1장과 2장에서 MDGs 전후의 KOICA보건사업 전략 및 가이드라인의 변화를 살펴보았으며, 3장에서는 KOICA 보건사업에서의 양적 규모 및 질적 변화를 살펴보고자 한다.

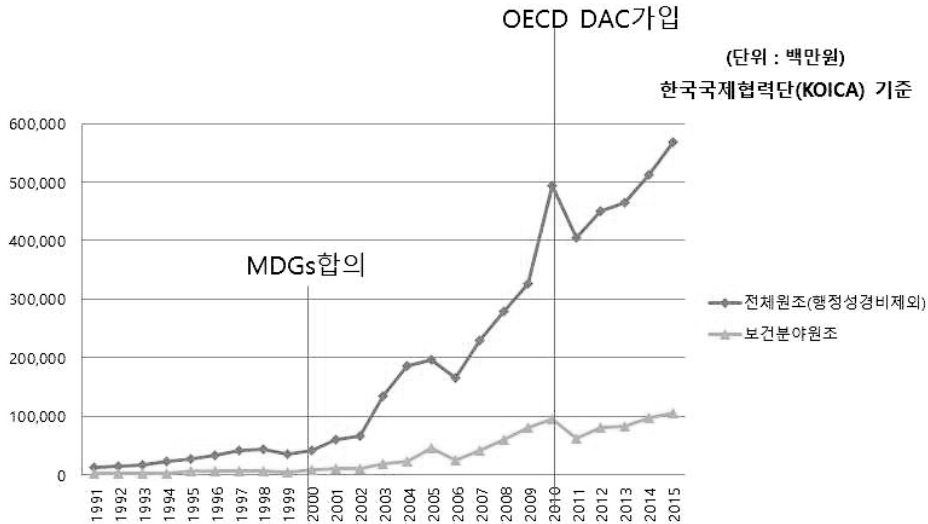
#### 1) KOICA 보건사업 양적 변화

Paolo(2009)에 따르면, 1998-2006 기간 대상 중, OECD DAC회원국의 총 ODA 지원액 중 보건의 큰 부분을 차지하며, MDGs 선언 이후, 지속적으로 보건 ODA원조는 증가하였다고 밝히고 있다. 타 공여기관, 국제기구 등의 보고서에서 MDGs 이후 사회개발, 특히 보건 분야 ODA원조가 증가하였다고 공통적으로 언급하고 있는데, 그렇다면 한국의 보건 분야 무상원조는 MDGs이후, 규모가 증가하였을까?

KOICA의 OECD DAC 통계 보고한 자료를 활용하여, 1991년부터 2015년까지

KOICA 총원조액과 보건 분야 원조액 추이를 아래 그림6와 같이 비교해보았다. MDGs가 선언된, 2000년 이후 총 원조액과 보건 분야 원조액 모두 상승했음을 확인 할 수 있다. 하지만 총 원조액이 증가한 비율 대비 보건 분야 원조는 낮은 비율로 증가했음을 확인 할 수 있다.

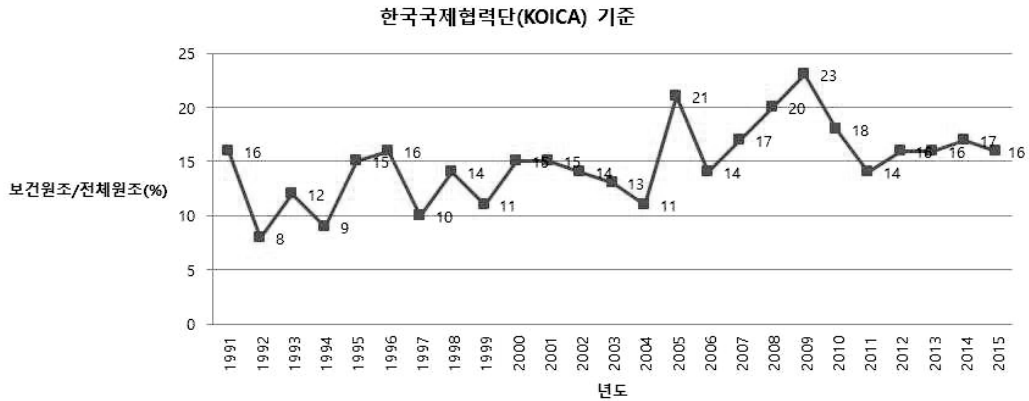
그림6. 1991-2005년 KOICA 총 원조액과 보건 분야 원조액 추이



출처 : KOICA 통계자료, 저자 작성

또한 전체 원조 금액 중 보건 분야가 차지하는 비율을 조금 더 자세히 알아보기 위해, 1991-2015년을 대상으로 KOICA 총 원조액 중 보건원조 비율을 위 그림 7와 같이 다시 살펴보았다. 아래 그림 7에 따르면, MDGs선언 이후, 총 원조 중 보건사업이 차지하는 비율이 지속적으로 증가하였다고 보기는 힘들다. 보건사업 비율이 높은 해에는 공통적으로 대형병원 건설 사업이 포함되거나 혹은 정부 공약 사업 등의 대규모 사업이 포함되는 경우였다. 이는 KOICA 총 원조 금액 자체가 타 선진 공여기관들에 비해 상대적으로 적은 규모이고, 따라서 해당년도에 특정한 이유로 대형 사업 등이 추진되는 경우, 그해 형성되는 사업규모가 추이에 영향을 많이 주는 것에 기인한다.

그림7. 1991-2015년 KOICA 총 원조액 중 보건원조 비율(%)



출처 : KOICA 통계자료, 저자 작성

직원 인터뷰 결과를 통해 그 과정을 좀 더 세밀하게 살펴볼 수 있었다. 보건 사업을 담당했던 직원들은 사업을 형성할 때, MDGs를 고려하긴 했지만, 국정과제 포함 여부, CPS와의 연계성 등을 더 중요하게 고려했었으며, MDGs는 사업의 타당성측면에서 합리적인 사유(rational)에 포함되는 경우가 대부분이었다고 답하였다.

특히 실질적으로 사업을 형성하고, 해당 예산을 기획재정부로부터 심의를 받아 배정 받을 시, MDGs 달성이라는 기여보다는 국정과제 포함여부, 한국의 경험 전수 및 경제증진 등에의 기여가 더 우선시되기 때문이다. 또한 개발도상국 현장에서는 수원국의 원조 총괄 기관의 힘이 강하지 않은 경우, MDGs 달성 혹은 국가계획목표 달성을 위해, 강한 조정의 역할을 하기 보다는, 아래 수원기관에서의 요청을 받아 정리하는 소극적인 조정의 역할을 하게 되므로, 해당 지역 및 특정 질병 중심에 국한된 사업요청이 이루어지는 경우가 많다고 답하였다.

“수원국들과 협의를 하다보면 MDGs 등 큰 프레임에서는 논하지 않으며, 주로 지역이나 섹터 차원의 논의가 많아요. 수원 총괄 기관이 국가전략 등과 연계하여, 고려할 수는 있으나, 조정기능만 담당하기도 하는 경우가 많지요(KOICA 과장, 남)”

“사업계획 수립시, MDGs도 고려하긴 했지만, 국정과제, CPS와의 연계성 등을 주로 고려했던 것 같고, MDGs는 rational을 만들 때 주로 떠올렸던 것 같아요. 그리고 MDG goal이라는 것이 너무 멀기 때문에 우리 우선순위보다 더 상위에 있나? 하는 생각이 듭니다. 특히 사업 예산을 받을 때, MDGs 기여도로는 근거

가 약하고, 우리(한국) 쪽의 우선순위가 설득의 논리로 더 강한 힘을 가지는 경우가 많지요. 반면에 국제기구는 이러한 종류의 프로세스를 거치지 않기 때문에 대의를 추구하기가 유리하다고 봅니다(KOICA 대리, 여).”

## 2) KOICA보건 사업 질적 변화

### (1) MDGs 이전 보건의사업

먼저 KOICA가 설립되고, MDGs가 선언되기 이전인, 1991년부터 1996년까지를 주요하게 살펴보고자 한다. 당시 KOICA의 주요사업은 OECD/DAC SRD(Statistical Reporting Directives)의 분류에 따라 크게 양자 간 원조, 다자간 원조의 형태로 분류되었다. 아래 표10. DAC/SRD분류표에 의하면, 보건의분야는 아래 표14와 같이 ‘사회하부구조 및 서비스’ 대분류 아래 ‘보건의’ 소분류로 구분되어 있었으며, 세부적으로는 병원 및 진료소 지원, 모자보건, 보건의행정, 기타 분야로 분류되었다.

표14. DAC/SRD분야 분류표

대분류	소분류	구체항목
I. 사회하부구조 및 서비스	2.보건의	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 병원 및 진료소에 대한 지원</li> <li>· 모자보건</li> <li>· 기타 의료 및 치과 서비스, 예방의학 및 약학 전반, 간호 등</li> <li>· 공공 보건의행정</li> <li>· 의료보험 계획</li> </ul>

출처 : KOICA(1997)

MDGs 선언 이전, 1996년도에 지원된 총 사업 57건 중, 사회하부구조 및 서비스 분야의 교육·훈련 분야 사업 개수가 총 21건(총 지원액의 48.5%)으로 가장 많았으며, 다음으로 많은 자금을 지원한 분야가 보건의·의료 분야로 14건(총 지원액의 26.7%)의 사업을 지원하였다. 1991-1996년도 기간 중 추진되었던 보건의사업은 모두 14건으로, 표15와 같다. 대부분 지리적으로 가까운 아시아 지역을 지원하였으며, 세부 지원내역은 보건의관련 학교, 병원, 의료센터 및 병원 등의 건축 인프라 지원과 기자재 지원, 인력교육지원이다. 전반적인 보건의료 향상을 위해 보건의료분야 인프라 구축에 주로 중점을 두었으며, 지속적인 보건의소 확충, 병원 개

보수 등을 통해 의료서비스를 향상 시키고자 하였음을 알 수 있다. 규모는 방글라데시 한방 우정병원 건립사업을 제외하면, 모두 50만불 이하의 소규모로 사업기간 역시 평균 1-2년이다.

표15. 1991-1996년 KOICA 보건사업

	국가	사업명	지원내용
1	아시아	네팔 보건대학 건립사업 (1996-1997, 39만불)	네팔 기술교육직업훈련위원회(CTEVT)와 협력하여, 시설 개보수 및 기자재지원, 전산교육을 위한 인력교육 지원
2	아시아	방글라데시 한·방 우정 병원 건립사업(1994-1996, 100만불)	수도 다카근교 SAVAR지역의 열악한 의료환경개선 및 방역서비스 제공을 위해 실시한 사업으로, 병원신축, 기자재 지원, 병원인력교육을 지원
3	아시아	베트남 홍케병원 건축사 업(1995-1996, 50만불)	중북부 홍케지역의 의료서비스개선을 목적으로, 병원(본관) 신축, 기자재 지원, 병원인력교육을 지원
4	아시아	베트남 호치민 열대병센터 지원사업(1995-1996, 34만불)	베트남 유일의 열대병 연구 및 치료 전문병원 지원을 통한 의료서비스 개선을 위하여, 의료물자 지원(임상병리 장비 등) 및 인력 교육 지원
5	아시아	베트남 Korea Clinic 설 립사업(1995-1996, 26만불)	하노이 소재 병원 내, Korea Clinic을 설립하는 사업으로 한국인 의사 간호사 파견 및 의료장비 지원, 베트남 의료진 교육 등을 지원
6	아시아	베트남 박빈병원 건축사 업(1995-1996, 50만불)	베트남 중남부 박빈지역의 의료서비스개선을 목적으로, 수술실 및 외과병동 신축, 기자재 지원, 병원인력교육등을 지원
7	아시아	중국 마을파현 모자보건센 터 지원사업(1996, 25만 불)	중국 외교부의 빈곤구제사업의 일환으로 유아 사망률 및 모성사망율이 높은 마을 주민을 위해, 모자보건센터 건축 지원
8	아시아	중국 산둥성 한·중 동양 의학 연구센터 지원사업 (1995-1997, 18만불)	공동연구를 통한 양국의 동양의학 발전을 위한 목적으로, 의료물자지원, 인력교류, 인력교육 등 지원
9	오세아	한-피지 라키라키병원건립	지역주민의 의료혜택 향상 및 진료서비스 증

	니아	사업(1995-1996, 40만불)	진을 목적으로, 병동 개보수, 병동신축, 사전 타당성조사, 인력교육 등 지원
10	중남미	볼리비아 의료센터 건립사업(1995-1995, 51만불)	빈곤층의 의료서비스개선을 목적으로, 의료센터 건축 및 의료기자재를 지원
11	중남미	파나마 보건소 건립사업(1996-1997, 50만불)	Chepo지역의 의료시설 및 서비스개선을 목적으로 보건소 건축 및 의료기자재 지원 등을 지원
12	중남미	제3 한·페루 Iquitos시 의료센터 건립사업(1995-1996, 35만불)	저소득 빈민층에 대한 의료시설 및 개선을 목적으로, 의료센터 건축과 의료물자 지원
13	유럽	루마니아 Murighiol 보건소 건립사업(1995-1996, 13만불)	낙후된 경제로 충분한 의료혜택을 받지 못하고 있는 몰차지역 주민의 의료혜택 증진을 위해 실시한 사업으로, 보건소 건축과 의료장비 지원
14	중동 CIS	우즈베키스탄 한·우 우정 보건소 건립사업(1995-1996, 26만불)	의료 혜택 증진을 위한 목적으로, 보건소 건축 및 의료장비 지원

출처 : KOICA(1997)

한국이 원조를 시작한 지 얼마 되지 않은 시기였으며, KOICA의 인력과 예산이 부족하였기 때문에, 수원국의 사업요청이나 현지 대사관의 수요 파악 등에 기반을 둔, 단기적인 부문별 문제 해결 중심으로 접근하였다고 보인다. 주로 수원국 사업요청에 대응하는 방식이었으며, 단기간 사업 형성후, 인력훈련, 의료시설, 지원 및 의료장비 및 약제지원, 전문인력파견 방식의 단기로 지원하는 형태가 대부분이었다. 지역보건문제 해소를 위한 사업은 형성되지 못했다.

원조 초기였으므로, 내부 절차와 업무효율에 중점을 둘 수밖에 없었으며, 따라서 사업을 적기에 추진하고, 업무처리의 효율성을 어떠한 방식으로 제고할 것인가에 대한 KOICA 내부 과제에 좀 더 집중하였던 것으로 보인다. 반면 당시에도 단기 물적 자원 지원 중심의 원조가 지속가능성이 떨어지고, 실질적 효과가 떨어짐을 인식하고 있었으며, 향후 장기 전문가 파견을 통한 수원국 지원, 종료사업에 대한 모니터링 및 사후관리 지원 등이 필요하다는 자체 교훈을 도출하기도 하였다(KOICA, 1997)



## BOX7. 네팔 보건대학건립사업(1996-1997) 사례

네팔은 1인당 GNP가 210불 수준으로, 세계 최빈국 중 하나이며, 영아 사망을 1000명당 100명, 인구 2천만 명 중 의사 1천명으로 의료상황이 열악하다. 특히 대부분의 의료 인력이 카트만두에 집중되어 있어 오지지역 주변의 대다수는 의료 수혜를 받고 있지 못한 상황이다. 카트만두와 떨어진 지역의 보건 문제를 효과적인 방법으로 해결하기 위해, 오지에서 활동한 수 있는 보건 분야 보조 인력을 양성하기 위하여, 학교 설립을 추진하게 되었으며, 특히 네팔에서 활동중인 NGO와 협력하여 사업을 추진하였다.

사업의 총 예산은 39만불로, 시설개보수지원에 22만불, 의료교육장비등 지원에 17만불을 지원하고, 보건대학설립 후 학교 운영은 현지에서 활동 중인 NGO가 일정 기간(약 2.5년) 담당하여 사업효과가 지속되도록 하였다. 수원국은 건축물을 위한 대지를 제공, 전기 인입 등 기초 인프라 제공, 외래강사 및 행정요원 배치, 기타 학교 운영에 필요한 제반 편의 및 협조를 제공하기로 하였다. 사업의 기본 방향은 사업의 효과, 효율, 융통성 있는 집행과, 네팔 대사관(KOICA네팔 사무소)의 건의 등 제반사항을 반영하고자 하였다.

### <추진 경위>

- 1995.3 네팔 대사관을 통해 사업 수요 조사서 요청
- 1996.1 연간 사업계획에 반영
- 1996.8 KOICA와 네팔 기술직업훈련위원회(CTEVT)간의 RD(Record of Discussion) 체결
- 1996.11 사업시행자(건축) 선정
- 1997.1 학교 운영을 위한 약정 체결
- 1997.2 건축 기공식 개최
- 1997. 7-10 기자재 지원 및 건축 개보수 완료
- 1997.12 준공식 개최

보건대학 운영계획은 한국의 NGO가 설립 후 약 2년간 운영을 하며, 사업종료 단계에서 학사 운영 위원회를 개최하여 학사 일정, 예산관계, 학생모집 관계 등 전반적인 사항을 결정하였다.

### <학사 운영 계획>

- 과정명 : HA(Health Assistant) 양성과정
- 인원수 : 학년당 50명, 교육기간 : 2.5년
- 주 교육내용 : 예비보건과정, 보건학, 임상의학, 지역 보건 등
- 졸업 후 진로 : HA의 양성과정 강사 혹은 농촌지역 보건소(Health Post) 근무

출처 : KOICA(2006)

## (2) MDGs 이후 보건사업의 특징

MDGs 선언 이후, 2005-2016년 기간 동안 시행된 150개의 보건사업을 살펴 보았다(부록1 참조). 대다수의 보건사업에 병원 및 보건소 등의 시설 인프라 지원이 포함되어 있었지만, MDGs 선언 이전과는 달리, 아동사망을 감소 및 모성사망을 감소라는 구체적인 목표를 제시한 후, 아래 표16과 같이, 모자보건사업에 집중하는 경향을 보였으며, 이 전에는 다루지 않았던 MDGs 6번과 관계된 HIV/AIDS 및 결핵과 관련된 사업도 적은 수이긴 하지만 시행되었다.

표16. 2005-2016년\* KOICA 보건사업 MDGs 목표별 분류

(\*사업 시작년도 기준)

국가	MDG4	MDG4,5	MDG5	MDG4,6	MDG6	넓은 범위에서 MDGs목표와 연계	합계
사업 개수	8	28	3	1	0	110	150

출처 : KOICA 사업 내부 사업자료 DB, 저자작성

이 중, MDG 목표 4,5와 관계된 사업의 경우, 모자보건센터 지원을 통한 시설 분만을 증가, 아동병원 지원을 통한 후송 전원체계 개선을 하고자 하였다. 또한 분만에 필수적인 의료장비를 지원함으로써, 의료시설에서의 분만을 유도하고자 하였다. 2008년도 이후부터는 가족계획 프로그램(에티오피아), 조산사 양성 및 산과 교육 프로그램(과테말라), 청소년 성교육 및 생식보건(도미니카 공화국), 가정방문 중심의 임산부 및 신생아 관리(방글라데시), 아동 예방접종 프로그램(DR 콩고), 모자보건 서비스 제공을 위한 모자보건 센터 및 병원 건립(라오스, 캄보디아) 등 기존의 지원 방식을 벗어나 직접적인 모자보건 향상을 위한 프로그램형 사업을 지원하기 시작하였다(오충현, 2011 : 37). 또한 사업수행기관 및 협력기관을 타 공여기관, 국제기구 및 NGO등으로 다변화 하면서 지속가능성을 높이고자 하였다. 이는 MDGs에서 강조하고 있는 개발협력 파트너간의 협력 강화 측면에서 의미가 있다.

표16에서 ‘넓은 범위에서 MDGs와 연계되는 사업’으로 분류한 사업들은 주로 식수개발사업<sup>13)</sup>이며, 가나, 파키스탄, 과테말라, 아이티, 세네갈 등 많은 국가에서 시행되었다. 그 외에 캄보디아의 예산지원(Budget Support)과 의료체계강화사업(필리핀, 페루, 팔레스타인, 볼리비아, 방글라데시, 동카자흐스탄주, 네팔 등에서 수행), 병원역량강화사업(캄보디아 안과 병원사업, 캄보디아 바티에이병원, 라오스 등 이라크 아프가니스탄 등의 재건사업), 소외열대질환사업(수단), 긴급재난복구를 위한 보건사업(이라크, 아프가니스탄) 등이 포함된다.

MDGs 이전의 부문별 문제해결 중심 접근에서 벗어나, MDGs 이후에는 통합적 전략적인 접근으로 사업이 변화하였음을 확인 할 수 있었다. 수원국의 단기 요청에 대응하는 수준이 아닌 좀 더 수원국의 포괄적인 수요를 찾고자 하였고, 긴급 구호 사업을 제외하고는 의료체계 강화 사업 등 포괄적 지역의 보건의료 환경과 보건 의료 수준 등을 다각적으로 고려하고, 지역의 보건문제 해소를 위한 사업의 개수가 눈에 띄게 증가하였다.

또한 사업의 방식 다각화도 주요한 변화이다. MDGs 이전의 독자적인 사업추진에서 벗어나 다양한 개발협력 파트너들과의 협력이 강화되었다. 이는 MDGs의 영향도 있지만, KOICA의 예산이 늘어 협력할 여지가 많아진 측면도 있다. 아래 BOX8의 가나 볼타지역 모자보건 개선사업의 경우, MDGs 이후, 좀 더 포괄적인 지역문제 접근을 위해 사업이 구성되고, 현지의 다양한 타 개발 주체들과 협력하는 사례를 구체적으로 보여준다.

#### BOX8. 가나 볼타지역 모자보건 개선사업(2013-2017)

---

가나 정부는 2010년 8월, MDGs달성 촉진을 위하여 국가행동계획을 발표하였으며, MDGs 모성보건 증진에 집중 지원할 것을 계획하였으며, 이를 위한 정부 차원의 지원책과 예산안을 마련하였다. 하지만, 지원사업의 대부분이 District수준의 장비 지원과 보건인력 역량강화 사업으로, District하위 수준, 즉 CHPS(Community-based Health Planning and Service)와 같이 지역주민이 일차적으로 접촉하는 말단 시설에 대한 지원은 부족한 상황이다.

---

13) 대규모 식수 개발사업이 아닌 경우, KOICA 분야 분류상, 식수개발사업을 보건의료로 분류하고 있다.

---

가나 10개 지역 중 6개 지역에서 숙련된 인력에 의한 분만 비율이 향상된 반면, 4개 지역에서는 감소하는 추세를 보였으며, 특히 볼타 주 (Volta Region) 케투 사우스 군(Ketu South Municipal) 지역은 15% 이상의 비율이 감소하였다. 이 지역은 개발도상국 농촌지역이 공통적으로 겪고 있는 의료인력 부족의 문제 뿐 아니라, 대부분의 조산사 및 MA(Medical Assistant)가 제대로 된 교육을 받아본 적이 없어 역량도 매우 낮았다.

이에 KOICA는 가나 볼타지역 남부 3개군(District)를 대상으로 2013년부터 2017년까지 600만불의 예산을 투입하는 모자보건 증진사업을 기획하였으며, 사업은 크게 1)지역주민 모자보건 인식 증대, 2)CHPS(마을건강관리위원회)시스템 역량강화, 3)모자보건인적역량 강화, 4)CHPS, 보건소, 군병원 의료기자재 공급, 5)간호 및 조산사 양성학교 건립 등의 요소로 구성되었다. 사업의 성과는 가나 보건청에서 관리하는 표준지표를 중심으로 산출물(output)과 성과물(outcome)을 모니터링하며, CHV(마을보건봉사요원) 활성화에 대한 요소에 대해서는 RCT(Randomized Control Trials)를 이용하여 영향을 평가하고, 과정평가(Process Evaluation)을 진행 중이다.

또한 현지의 타 공여기관들과 협력하는 방식으로 효율성을 높였다. CHPS시스템 역량 강화는 미국 개발원조청(USAID)가, 분만실습실을 통한 교육은 미국 Jpheigo가 맡아 진행하고 있다. 더불어 사업의 지속가능성을 위해, 모든 사업 활동은 RHMT)보건청 주보건국 및 DHMT(군 보건국)의 인력과 조직을 활용하여 진행하고 있다. 가나 보건부/보건청 주관의 CHPS 포럼에서 동 사업성과를 볼타 주보건국이 우수사례로 발표하였다.

2015년 7월부터 78인의 마을보건봉사요원(CHV, Community health volunteer)들이 활발히 활동해 오고 있다. 이들은 지역보건간호사들과 지역주민과의 연결고리로서, 최소 2개월에 1회씩 지속적인 가정방문을 통해 건강증진과 질병예방을 위한 기초 보건의료지식을 전달하고 5세미만 아동에게 설사를 관리하고 말라리아를 진단하는 서비스를 제공해 주는 마을 주민들의 보건상담자 역할을 해오고 있다.

CHPS (Community-based Health Planning and Services)는 가나, 특히 벽지에서 아동보건과 가족계획 개선을 목적으로 door-to-door 서비스를 이용해 마을주민건강개선에 기여하도록 설계된 지역보건의료체계이다. CHPS는 크게 4가지 구성요소인 1) CHPS 캠퍼

---

---

운드 (보건지소), 2) 지역보건간호사 (CHN, Community Health Nurse), 3) 마을건강관리위원회 (CHMC, Community Health Management Committee), 4) 마을보건봉사요원을 중심으로 작동한다. 2,000년대 초반 가나에 CHPS가 본격적으로 도입된 이후 전국에 1200개의 CHPS 컴파운드가 세워지고 2010년까지 6343명의 지역보건간호사가 배치되는 등 꾸준한 발전이 있었지만, CHPS 도입 당시 지역보건간호사와 마을보건봉사요원이 함께 배치되어야 마을건강의 주민을 향상하는데 가장 효과적으로 기여할 수 있다는 연구들이 발표되었음에도 마을보건봉사요원이나 마을건강운영위원회는 충분한 지원 없이 제대로 운영되어 오지 않았다. 이에 착안하여 KOICA 볼타주 모자보건개선사업에서는 ‘마을보건봉사요원의 활성화’를 주요 사업활동으로 기획하게 되었다.

‘마을보건봉사요원 활성화’ 프로그램은 볼타 주 21개 마을을 실험군으로 2015년 7월부터 활동지원을 시작하여 1년간 진행해 왔으며, 1년이 지난 2016년 7월, 실험군에 대한 중재가 종료됨과 함께 대조군 21개 마을과 연구 비대상마을들에도 실험군과 동일한 활동을 지원하여 궁극적으로는 해당지역 모든 마을에 프로그램을 확대하고자 한다.

1년간 실험군 활동 후, 전체 마을들에 대한 확대 지원이 시작되면서 해당사업지역이 가나 지역보건의료체계의 핵심인 CHPS 시스템의 시범지역으로서 역할과 성과모델로서 전국적인 파급효과를 가질 것으로 기대하고 있다. 또한 지역 내 모든 가구들이 담당 마을보건봉사요원(CHV)을 갖게 된다는 점에 지역 내 보건접근성을 확대하는데 큰 의미를 부여한다. 특히 본 프로그램 내 기획된 정규 모니터링과 월례회의 주제, 활동 지원 및 감독은 프로그램에 참여한 보건국 직원 및 의료보건인력의 관리 감독 역량 강화에 크게 기여하였다는 평가를 받고 있다. 또한 마을보건봉사요원 활동으로 인해 지역 전반에 걸쳐 지역주민의 보건관련 인식과 건강추구행동에 대한 관심이 증가되었다. 최근 사업 일환으로 본격화되고 있는 마을건강관리위원회 활성화는 마을보건봉사요원의 활동이 지속시키는 중심점이 될 것이다.

보건대학 운영계획은 한국의 NGO가 설립 후 약 2년간 운영을 하며, 사업종료 단계에서 학사 운영 위원회를 개최하여 학사 일정, 예산관계, 학생모집 관계 등 전반적인 사항을 결정하였다.

---

출처 : KOICA홈페이지, 사업집행계획, 저자수정

이 외에도 MDGs 이후, 변화로는 MDGs 이전의 아시아에 집중되었던 것과는 달리, 표 13과 같이, 아시아, 아프리카, 중남미 등 다양화되었으며, 사업의 규모는 평균 390만불로, MDGs 전의 39만불에 비해 약 10배 증가하였다.

표17. 2005-2016년도\* KOICA 보건사업 지역별 분류

(\*사업 시작년도 기준)

국가	아시아	아프리카	중남미	동구 및 CIS	중동	오세아니아	합계
사업 개수	50	39	37	14	7	3	150

출처 : KOICA 사업 내부 사업자료 DB, 저자작성

## V. 결론

### 1. 요약 및 제언

#### 1) 요약

2000년 전 세계 189개국 정상들이 모여, 향후 15년간 MDGs 달성을 목표로 함께 노력할 것을 합의하였고, 이는 전례 없는 정치적 서약이며, 개발협력분야에 있어 빈곤퇴치가 주요한 목적이 되어야 한다는 강력한 합의로 평가되고 있다.

하지만 선언이나 수사가 아닌, 현실에서 구현이 되고 목표를 달성하기 위해서는 여러 가지 다양한 측면의 노력들이 필요하다. 수원국은 수원국의 개발전략(빈곤퇴치 전략 등)에 MDGs 달성을 높은 우선 순위에 놓고 다양한 자원 활용과 연계하여야 하고, 공여국은 원조전략에 MDGs 달성을 높은 우선순위에 두고 여러 가지 이행수단과 연계하여 자원을 효율적으로 배분해야한다. 이러한 고민에서 본 연구는 출발하였으며, MDGs가 한국(KOICA)의 보건사업 이행에 있어 어떤 영향을 주었는지 살펴보고자 하였다.

### (1) 보건사업 관련 전략 및 가이드라인에서의 변화

- 수원국의 수요(needs) 혹은 MDGs 달성과 관련된 사항이 보건 원조 전략에 긴밀하게 반영되었는가?
- 수원국 별로 차별화된 보건 전략이 수립되었는가?

전략 수립 시, 충분하게 수원국의 수요가 충분히 반영되었는지 혹은 MDGs 달성과 관련된 사항이 반영되었는지 여부는 각 전략 앞단의 개발환경 분석 내용을 통해 확인할 수 있다. 먼저 국별지원전략(1997)을 살펴본 결과, MDGs 이전의 시기에는 수원국과의 정책대화를 강화하고, 개발효과를 제고하기 위한 큰 원칙을 제시한 수준이었다. 당시는 한국의 ODA 초기 단계였으므로, 인력 및 예산이 부족했으며, 절차가 체계화되지 않아, 수원국 별 개발환경조사나 체계적인 수원국과의 논의 절차는 미흡한 편이었다. 또한 국가별로 차별화된 보건 전략은 수립되지 않았다.

반면 MDGs 이후, 2008년도에 수립된 첫 국가지원전략인 CAS는 간략한 수준이지만 국가별 분야별 지원 방향에 대한 내용을 포함하고 있다. 또한 MDGs 이전의 전략에서는 고려되지 않았던, MDGs에서 강조되었던 모자보건분야 지원, HIV/AIDS 퇴치를 위한 지원 등이 국가별 지원방향에 부분적으로 포함되어 있음을 확인할 수 있었다. 반면 심층적인 환경 분석을 통해, 개발환경 분석을 시행하지는 않았으며, 따라서 개발환경분석에서 MDGs도 깊게 고려되지 못한 것으로 보인다. 이후, 2014년도에 수립된 CPS는 수원국의 개발환경 분석에 있어, 해당 수원국의 MDGs 달성 현황과 이행가능 수준을 주요하게 다루고 있다. 또한 CAS에 비해 해당 수원국의 분야별 세부 전략과 연계하고자 하는 노력이 확인되었다.

분야(sector)별 전략은 MDGs 선언 이전에도 존재하였으나, OECD DAC의 통계분류에 따라 분야를 상부구조 및 하부구조로 나누는 수준이었으며, 구체 전략에 가까운 내용이나 분석은 없었다. 당시 보건 및 위생, 가족계획 분야는 환경과 인구문제라는 분류체계 안에 포함되어 있었다. 반면 MDGs 이후, 2011년에 수립된 KOICA 보건 분야 중기전략은 MDGs와의 직접적인 연계는 명시하고 있지 않지

만, MDGs가 강조하고 있는 내용 들을 모두 포함하고 있어, MDGs의 틀을 기반으로 보건전략이 수립되었다고 볼 수 있다. 사업집행계획, PCP, 사업평가가이드라인 등의 보건 사업과 관련된 가이드라인에서는 CPS등의 정책 및 전략 문서에서는 비해 더 약한 수준으로 MDGs 관련 내용을 포함하고 있었다.

하지만 국별지원전략의 중점지원분야 선정 시에는 MDGs가 가장 높은 우선순위로 고려된 것은 아니었다. 중점지원 분야 선정 시, MDGs는 정부 부처별 지원 희망 국가, 수원국의 개발 우선순위, 수원국의 지원 희망 분야 등이 상대적으로 높은 우선순위로 고려되었기 때문이다. 더불어 전략이 사업형성이나 실제 이행과 연결되는 시점에서, MDGs는 우선순위가 낮아질 수 있는데, 그 이유는 신규 사업 형성 시, 가장 중요한 의사결정 단계인 사업심사단계에서 MDGs 관련 기준이 없기 때문이다.

결론적으로 CPS를 수립하는데 있어, MDGs는 개발환경 분석 등의 과정에서 비교적 상위 우선순위로 고려되고 반영되었다고 볼 수 있다. 하지만, 사업 심사 등 중요한 의사결정 과정에서 MDGs에 관한 기준이 없어, 실제 이행과 연결되는 시점에서는 MDGs가 보다 높은 우선 순위로 고려되는 데에 한계가 있었다.

## (2) 보건사업의 양적 규모 및 질적 변화

- MDGs 선언 이후, 보건 분야 원조의 양적규모가 증가하였는가?

먼저 MDGs가 선언된, 2000년 이후 보건 분야 원조액이 상승하였는지 살펴보았다. MDGs 이후, 총 원조액과 보건 분야 원조액 모두 크게 상승했음을 확인 할 수 있었지만, 총 원조 중 보건사업이 차지하는 비율이 지속적으로 증가하였다고 보기는 힘들었다. 보건사업 비율이 특별하게 높은 해에는 공통적으로 대형 인프라 사업 사업 혹은 정부공약 사업 등의 대규모 사업이 포함되는 경우였다. 이는 KOICA 총 원조 금액이 비교적 적은 규모이기 때문에, 특정 년도에 대형 사업 등이 추진되는 경우 보건사업 비율이 크게 상승 하는 현상이 발생하였다.



- MDGs에서 제시하고 있는 목표와 관련된 사업이 주로 형성되었는가?

MDGs 선언 이후, 2005-2016년 기간 동안, 150개의 보건사업을 살펴보았으며, 소규모 인프라 지원 중심의 MDGs 선언 이전과는 달리, 아동사망을 감소 및 모성사망을 감소라는 구체적인 목표를 제시한 모자보건사업이 크게 증가하였으며, MDGs 이전에는 다루지 않았던 MDGs 6번과 관계된 HIV/AIDS 및 결핵과 관련된 사업도 적은 수이긴 하지만 시행되었다.

또한 MDGs 이전의 부문별 문제해결 중심 접근에서 벗어나, 통합적 전략적인 접근으로 사업이 변화하였음을 확인 할 수 있었다. 수원국의 단기 요청에 대응하는 수준이 아닌 좀 더 수원국의 포괄적인 수요를 찾고자 하였고, 의료체계 강화 사업 등 포괄적 지역의 보건의료 환경과 보건 의료 수준 등을 다각적으로 고려하고, 지역의 보건문제 해소를 위한 사업의 개수가 크게 증가하였다.

또한 사업의 방식 다각화도 주요한 변화이다. MDGs 이전의 독자적인 사업추진에서 벗어나 다양한 개발협력 파트너들과의 협력이 강화되었다. 이는 MDGs의 영향도 있지만, KOICA의 예산이 늘어 협력할 여지가 많아진 측면도 있다.

하지만 사업 형성 및 이행, 평가와 관련된 전략에 MDGs가 명시되고 고려되었다 하여도, 선언적 의미 혹은 사업 타당성에 대한 합리적 사유(rational)를 만들기 위한 수준에 그쳐, MDGs 달성 노력이 실제로 구현되어 가시적인 성과를 보이는 데에는 한계가 있었다. 앞에서 언급하였듯이, KOICA 사업을 결정하는 가장 중요한 프로세스인 심사에 MDGs 기여에 관한 명확한 항목이 없었으며, 따라서 사업을 결정하는 의사결정 과정에서 MDGs 기여에 관한 사항은 우선순위가 낮아지게 되었다. 또한 사업 평가 시에도 MDGs 이행을 위한 성과를 검토하는 항목을 별도로 두고 있지 않았기 때문에, 대부분의 평가 보고서에서 이 사업이 MDGs에 어떠한 측면에서 기여하였는지 자세히 기술되지 않고 있었으며, 이는 향후 KOICA 보건사업의 MDGs 기여 및 성과를 정리하는데 있어서도 제약이 될 것으로 보인다.

## 2) 제언

MDGs 종료 이후, 2030년까지 전 세계가 달성해야할 지속가능개발목표(SDGs)가 수립되었고, 여러 이행수단 및 전략에 대해 논의가 진행되고 있다. KOICA를 비롯한 한국의 타 원조기관들도 기관의 비전 혹은 역할로 SDGs 이행 및 지원을 주요한 내용으로 선정할 것으로 예상된다. 따라서 SDGs 이행이 국제적 합의가 선언에서 그치지 않고 현실에서 구현되기 위해서는 전략에 이행을 위한 사항이 반영되어야 함을 물론, 실제 공여기관 및 직원들의 행동을 변화시킬 수 있는 제도 속에서 전략이 구현되어야 한다.

예를 들어 SDGs 이행을 보다 높은 우선순위에 두고 사업을 형성, 이행, 평가하기 위해서는 심사제도 역시 제도적 개선이 필요하다. 심사항목과 기준에 SDGs 기여도 등의 내용을 구체적으로 제시할 필요가 있다. 그리고 SDGs 이행 성과체계를 초기에 구축하여, 사업 종료평가 혹은 사후평가 시, 점검하도록 해야 한다.

## 2. 연구의 한계

본 연구는 문서와 기록물, 인터뷰를 이용하여 질적 분석을 통해 도출한 사례 연구로 아래와 같은 한계점과 의의를 가진다.

첫 번째, 정보의 편향이다. MDGs가 보건사업에 가져온 변화를 볼 수 있는 가장 핵심적인 문서와 기록물을 활용하려 했지만, 자료의 추출과정에서 편향이 발생했을 가능성이 있다. 또한 직원 인터뷰의 경우, 순환보직으로 사무소 근무자가 많아, 보건사업 경험, 사무소 근무경험이 많은 적정인을 확보하는데 어려움이 있어 최적의 정보를 수집하는데 있어 제약이 있었다.

두 번째, 연구자의 역량이다. 질적 연구의 질은 연구수행 경험과 역량이 연구에 큰 영향을 미친다. 정보에 대한 해석에 있어 한계가 존재할 수 있다.

그럼에도 불구하고, 본 연구는 MDGs가 KOICA의 보건사업에 실질적으로 어떤 변화를 가져왔는지를 보고자 했고, 궁극적으로는 MDGs가 선언에 그치지 않고 현실에서 구현되고 작동하고 있는지 보고자 하였다. 기존의 연구나 분석에서는 다루어지지 않은 내용이다. SDGs 이행계획 수립이 마련되고 있는 때에, SDGs가 선언에 그치지 않고 가시적인 성과를 도출해 내는 데에 있어 교훈을 제시하고 보다 현실적으로 고려해야할 요인을 제공하고자 하였다.

## 참고 문헌

- 국제개발협력위원회, 2007. OECD 개발원조위원회(DAC) 가입 로드맵(안)
- 구정우, 김대욱, 세계사회와 공적개발원조:한국 ODA 결정요인 분석, 1989-2007, 한국사회학 제45집 1호(2011년), pp. 153~19
- 국무조정실. 2014. 제19차 국제개발협력위원회, 안건(제91-1-4호)
- 권순만. 2010. “보건의료분야 국제개발사업 수행체계 및 프로그램 개발”, 보건복지부
- 권율. 1999. “OECD/DAC의 공적개발원조 논의와 동향”, OECD연구시리즈 4, 대외경제정책연구원
- 신상엽. 2014. “국제개발협력과 공적개발원조”, 국제개발협력해설서, 경희대학교 국제대학원
- 오충현. 2011. “모자보건 ODA프로그램 모델연구”, 한국국제협력단
- 이재우. 2005. “우리나라 공적개발원조의 자원배분 결정요인 분석”, 수은해외경제
- 이계우. 2011. “공적개발원조 배분정책과 실적 : 선진국과 한국비교”, 한국개발연구 제33권 제4호.
- 임도빈. 2009 “질적 연구 방법의 내용과 적용전략”, 정부학연구 제 15권 제 1호, 155-187
- 윤승주, 윤지웅, “한국 보건의료분야 공적개발원조에 대한 실증분석, 보건의료 수요에 적합하게 이루어지고 있는가?”, J Korean Med Assoc. 2013 Sep;56(9), 2013, pp.827~836.

정유아 2010. “국가지원전략(CAS) 프로세스 정형화 방안” , KOICA 개발정책 포커스4호, 한국국제협력단

한국국제협력단. 2016. 보건중기전략(2011-2015) 이행현황 평가보고서.

배진수 외 2인, 2006. “유엔 MDGs(천년개발목표) 달성을 위한 한국의 추진전략 및 기여방안” . 한국국제협력단

한국국제협력단. 1997. 1996년도 연보( ‘91-’ 96종합)

한국국제협력단. 2006. 네팔 보건대학 건립사업 종료보고서(1996-1997)

한국국제협력단. 2012. 사업의 이해\_사업관리교육 자료

한국국제협력단. 2016. 프로젝트 매뉴얼(내부자료, 비공개)

한국국제협력단. ODA교육원a. 2016. 국제개발협력 입문편, 시공미디어, 성남

한국국제협력단. ODA교육원b, 2016. 국제개발협력 심화편, 시공미디어, 성남

Berthelemy, Jean-Claude and Ariane Tichit, “Bilateral Donors Aid Allocation Decisions: A Three-dimensional Panel Analysis,” International Review of Economics and Finance 13(3), 2004, pp.253~274.

Collier, P. and D. Dollar, “Aid Allocation and Poverty Reduction,” European Economic Review 46(8), 2002, pp.1475~1500.

DAC(OECD), 2012 OECD 개발원조위원회(DAC) 개발협력 정책 집행 평가(Peer Review)  
Fukuda, SP, The millenium development goals : the pledge of world leaders to end poverty will not be met with business as usual, Journal of International Development, 2004, 16, 925-932pp.

Laura Rodriguez Takeuchi, Emma Samman, Liesbet Steer, 2015. Patterns of progress on the MDGs and implications for target setting post-2015. ODI(Overseas Development Institute). Research report

OECD, OECD Journal on Development: Development Cooperation, Paris, 2005~10.

Degol Hailu and Raquel Tsukada, Is the Distribution of Foreign Aid MDG-Sensitive?, DESA Working Paper No. 111, 2012.

Neumayer, E., “The Determinant of Aid Allocation by Regional Multilateral Development Banks and United Nations Agencies”, International Studies Quarterly 47, 2003.

Paolo Piva a & Rebecca Dodd, Where did all the aid go? An in-depth analysis of increased health aid flows over the past 10 years, 2009, <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/12/08-058677/en/>(검색일 : 2016.8.1)

Robert K. Yin, CASESTUDY RESEARCH: Design and Methods, SAGE Publications, 2014, 신경식외 2인, 사례연구방법, 한경사, 2016

Sakiko Fukuda-Parr . “Are the MDGs Priority in Development Strategies and Aid Programmes? Only few are!?” , International Poverty centre, Working Paper number 48 October, 2008

Simon Scott(OECD), MDGs and Donor Behaviour, International Conference on MDG Statistics, Manila, October 2011

Sutton, R. I., & Staw, B. M. (1995). What theory is not. Administrative Science Quarterly, Vol. 40, No. 3. (Sep., 1995), pp. 371-384.

THE LIST OF CRS PURPOSE CODES(2015),  
[http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/2015%20CRS%20purpose%20codes%20EN\\_updated%20April%202016.pdf](http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/2015%20CRS%20purpose%20codes%20EN_updated%20April%202016.pdf)(검색일 : 2016.8.10)

UN, 2015. The Millennium Development Goals Report

UN MP(Millennium Project) 2005. Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals

WHO, 2015. Health in 2015 from MDGs to SDGs

World Vision, 2011. MDGs 2.0을 위한 논의 : 정치적 재고. 정책 브리프

## 부록

### 부록1. 직원 인터뷰용 설문지

질문
1. 입사일은 언제입니까? 보건 사업을 해보신 경험이 있습니까? 몇 년도에 어느 팀/사무소에서 해보셨습니까?
2. MDGs가 무엇인지 알고 계십니까?(예/아니오)
3. MDGs 중 보건과 관련된 목표가 어떤 내용인지 알고 계십니까?(예/아니오)
4. MDGs가 KOICA의 전략에 어떠한 영향을 주었다고 생각하십니까? 주었다면 어떤 측면에서 영향을 주었다고 보십니까?
5. 사업을 형성할 때, 다른 이해관계 혹은 상황들(수원국 정부와의 정치 경제적 이해, KOICA의 역량 등) 보다, 수원국의 MDGs달성을 높은 순위에 두셨습니까?
6. 연초에 사업을 선정하기 위한 KOICA내부 심사를 할 때, MDGs 기여도를 주요하게 보아야 한다고 생각하십니까?
7. 사업종료 후, 종료/사후 평가를 할 때, MDGs 기여도를 주요하게 보아야 한다고 생각하십니까?
8. MDGs 달성 목표와 밀접하게 연계된 사업을 추진하는 것이 맞다고 생각하시는지, 전반적인 보건시스템 개선이 더 중요하며, MDGs 목표에 구속될 필요는 없다고 생각하십니까?
9. OECD DAC동료검토 결과에 KOICA가 보다 MDGs를 위한 노력이 필요하다는 의견이 있었습니다. OECD DAC의 의견이 KOICA사업에 영향을 크게 끼쳤다고 보십니까?
10. MDGs 혹은 SDGs가 보다 적극적으로 KOICA보건사업에 반영되어야 한다고 생각하십니까?



부록2. 2005-2016 KOICA 보건사업 리스트

순번	사업지역	사업국가	사업명	사업기간	사업비 (만불)
1	중남미	파라과이	파라과이 센트럴주 림삐오시 보건의료체계 형성 및 일차의료 강화사업	2016~2020	1390
2	중남미	파라과이	파라과이 취약계층 노인 보건의료복지 정책수립 지원사업	2016~2020	1000
3	아시아	동티모르	동티모르 WFP 모자보건 영양개선사업('15-'17/360만불)	2015~2017	360
4	아시아	동티모르	동티모르 아이나로주 모성보건서비스 개선사업('15-'18/420만불)	2015~2018	420
5	아시아	방글라데시	방글라데시 KOICA-UNICEF 예방 가능한 아동사망 감소를 위한 모자보건증진사업('15-'18/800만불)	2015~2018	800
6	아시아	베트남	베트남 중부지역병원 사후관리 기술협력 사업('15-'18/400만불)	2015~2018	400
7	아프리카	세네갈	세네갈 중부지역 식수위생개선사업('15-'18/500만불)	2015~2018	500
8	오세아니아	솔로몬군도	솔로몬군도 모자보건체계 강화사업('15-'18/600만불)	2015~2018	600
9	아프리카	수단	수단 주혈흡충 및 소외열대질환 퇴치사업('15-'18/600만불)	2015~2018	600
10	아프리카	에티오피아	에티오피아 오로미아주 모자보건 및 가족계획 역량강화사업('15-'19/750만)	2015~2019	750
11	아프리카	에티오피아	에티오피아 통합보건 역량강화사업('15-'19/600만불)	2015~2019	600
12	동구 CIS	우즈베키스탄	우즈베키스탄 아동병원 의료인력 역량강화사업('15-'19/700만불)	2015~2019	700

13	아시아	필리핀	필리핀 WHO 다바오 지역보건체계 강화 모자보건 사업('15-'18/300만불)	2015~2018	300
14	아시아	방글라데시	방글라데시 안질환 예방 및 치료역량 강화사업(2014-2020/750만불)	2014~2020	750
15	중남미	볼리비아	볼리비아 베니주 3차 병원 건립 및 1, 2차 보건의료시스템 강화사업(2014-2020/1,500만불)	2014~2020	1500
16	아시아	아프가니스탄	아프가니스탄 이브니시나병원 병동 신축 및 ICU 설치사업(2014-2017/1,500만불)	2014~2017	1500
17	아시아	아프가니스탄	아프가니스탄 카불시 Barchi (바르치) 지역 식수개발사업(2014-2016/650만불)	2014~2016	650
18	중남미	에콰도르	에콰도르 과야스주 보건의료센터 건립 및 의료인력 역량강화사업(2014-2017/500만불)	2014~2017	500
19	중동	요르단	요르단 4개지역 1.2차급 보건소 건립사업(2014-2016/426만불)	2014~2016	426
20	아시아	카자흐스탄	동카자흐스탄주 응급의료체계 강화사업 (2014-2016/100만불)	2014~2016	100
21	아시아	캄보디아	캄보디아 보건분야 프로그램(Health Sector Support Program:HSSP) 지원사업(2014-2015/500만불)	2014~2015	500
22	아프리카	케냐	케냐 분고마지역 시리시아 식수개발사업(2014-2018/500만불)	2014~2018	500
23	아프리카	탄자니아	탄자니아 다레살람 진단능력 및 모자보건 역량강화 2차사업(2014-2017/400만불)	2014~2017	400
24	아시아	필리핀	필리핀 통합의료정보체계 구축사업(2014-2018/500만불)	2014~2018	500
25	아프리카	가나	가나 볼타지역 모자보건 증진을 위한 인력양성 및 서비스전달체계 보강사업('13-'17/600만불)	2013~2017	600

26	아시아	네팔	네팔 의료보험 제도구축 지원사업('13-'15/450만불)	2013~2015	450
27	아시아	네팔	네팔 무구지역 보건의료환경 개선사업('13-'15/500만불)	2013~2015	500
28	아시아	동티모르	동티모르 국립보건연구소 결핵집단 및 퇴치역량강화사업('13-'15/210만불)	2013~2015	210
29	아시아	라오스	라오스 소아과 의료인력교육 및 지역보건소 역량강화 사업('13-'17/950만불)	2013~2017	950
30	아시아	라오스	라오스 우돔사이주 싸이군 상수도 공급사업 ('13-'14/250만불)	2013~2014	250
31	중남미	볼리비아	볼리비아 엘알토 한국병원 3차 지원사업('13-'15/840만불)	2013~2015	840
32	아프리카	에티오피아	에티오피아 SNNPR주 구라계존 식수위생환경개선사업('13-'15/500만불)	2013~2015	500
33	아프리카	에티오피아	에티오피아 인구 및 생식보건증진을 위한 IEC/BCC 지원사업('13-'15/650만불)	2013~2015	650
34	중남미	엘살바도르	엘살바도르 한-엘 의료센터 건립사업('13-'14/300만불)	2013~2017	300
35	중동	이라크	이라크 의료정보시스템 구축사업('13-'15/300만불)	2013~2016	300
36	아시아	캄보디아	캄보디아 국립소아병원 기능개선사업('13-'14/500만불)	2013~2014	500
37	아프리카	콩고 민주공화국	DR콩고 모자보건 향상을 위한 Kwango 지역 보건역량강화 사업('13-'15/600만불)	2013~2015	600
38	중남미	파라과이	파라과이 산빠블로 모자병원 역량강화사업(13-16/688만불)	2013~2016	688

39	중동	팔레스타인	팔레스타인 국립 약물중독 및 정신적 외상치료센터 건립사업('13-'15/500만불)	2013~2015	500
40	중남미	페루	페루 리마 및 까야오 건강증진 프로그램('13-'17/750만불)	2013~2017	750
41	중남미	페루	페루 파차쿠텍 보건의료 역량강화사업 ('13-'16/240만불)	2013~2016	240
42	중남미	페루	페루 찬차마요 보건의료 역량강화사업('13-'16/250만불)	2013~2016	250
43	아시아	필리핀	필리핀 아클란주 지역응급 의료체계 강화사업('13-'15/120만불)	2013~2015	120
44	아시아	필리핀	필리핀 일로일로주 지역보건 역량강화사업('13-'15/700만불)	2013~2015	700
45	아시아	방글라데시	방글라데시 간호전문 대학원 설립사업(12-18/1,280만불)	2012~2018	1280
46	아프리카	콩고 민주공화국	DR콩고 반둔두주 5개보건구역 말라리아 퇴치 및 역량강화사업 ('12-'14/400만불)	2012~2014	400
47	아프리카	콩고 민주공화국	DR콩고 이디오파지역 식수개발사업('12-'14/400만불)	2012~2014	400
48	아시아	파키스탄	파키스탄 물탄지역 종합병원 건립사업('12-'15/550만불)	2012~2015	550
49	아시아	파키스탄	파키스탄 카수르지역 하수 처리시설 건립사업('12-'14/400만불)	2012~2014	400
50	아프리카	가나	가나 동부 불타지역 식수위생개선 사업 ('11-'14/400만불)	2011~2014	400
51	중남미	과테말라	과테말라 웨웨페낭고주 국립병원 모자보건 역량강화사업('11-'15/450만불)	2011~2015	450

52	중남미	과테말라	과테말라 웨웨페낭고주 식수공급 확대사업('11-'13/109만불)	2011~2013	109
53	아시아	네팔	네팔 티카폴지역 보건의료환경 개선사업('11-'14/550만불)	2011~2014	550
54	아시아	미얀마	미얀마 전염병 연구소 역량강화사업('11-'14/300만불)	2011~2014	300
55	아시아	베트남	베트남 의료보험 제도구축 역량강화사업('11-'13/80만불)	2011~2013	80
56	아프리카	수단	수단 주혈흡충 퇴치 2차 사업('11-'13/180만불)	2011~2013	180
57	아프리카	에티오피아	에티오피아 아디스아바바 결핵예방 및 퇴치사업('11-'14/280만불)	2011~2014	280
58	아프리카	에티오피아	에티오피아 티그라이주 모자보건 및 가족계획 역량강화사업('11-'14/200만불)	2011~2014	200
59	중동	이라크	이라크 KRG 도후 식수공급 개선사업('11-'14/300만불)	2011~2014	300
60	아시아	캄보디아	캄보디아 안과전문병원 설립사업('11-'14/550만불)	2011~2014	550
61	아시아	캄보디아	캄보디아 밧티에이병원 역량강화사업('11-'14/350만불)	2011~2014	350
62	아시아	파키스탄	파키스탄 편잡지역 식수공급사업('11-'14/400만불)	2011~2014	400
63	중남미	페루	페루 꼬마스 제2한-페 모자보건센터 개선사업('11-'14/250만불)	2011~2014	250
64	중남미	과테말라	과테말라 모자보건 역량강화사업(10-12/150만불)	2010~2012	150

65	아프리카	나이지리아	나이지리아 국립소아병원 건립사업('10-'12/450만불)	2010~2012	450
66	아시아	네팔	네팔 의료보험제도 도입 타당성조사 및 의료보험제도 매뉴얼 개발사업(10-12/100만불)	2010~2012	100
67	아시아	동티모르	동티모르 태양광을 이용한 담수생산 및 공급사업(10-12/600만불)	2010~2012	600
68	아시아	라오스	라오스 캄무안주 세방파이군 상수도공급 및 위생개선사업(10-12/200만불)	2010~2012	200
69	아시아	몽골	몽골 울란바타르시 Yarmag지역 용수공급 및 수자원이용 효율화사업(10-13/2,260만불)	2010~2013	260
70	아시아	방글라데시	방글라데시 가정방문 중심의 산모 및 신생아 보건증진사업(UNICEF)('10-'13/200만불)	2010~2013	200
71	중남미	볼리비아	볼리비아 오루로 보건의료시스템 향상 및 의료인력 역량강화사업('10-'16/1,000만불)	2010~2016	1000
72	아프리카	세네갈	세네갈 식수개발사업('10-'14/550만불)	2010~2014	550
73	아시아	아프가니스탄	아프가니스탄 파르완주 PRT 보건의료 재건사업('10-'13)	2010~2013	0
74	중동	이라크	이라크 바스라 이동진료팀 구축사업(10-12/344만불)	2010~2012	344
75	아프리카	카메룬	카메룬 국립응급 의료센터 건립사업('10-'14/393만불)	2010~2014	393
76	아시아	캄보디아	캄보디아 시엠립 주립병원 역량강화사업(10-12/330만불)	2010~2012	330
77	아프리카	케냐	케냐 아웬도지역 식수개발사업(10-12/290만불)	2010~2012	290

78	아프리카	코트디부아르	코트디부아르 UNFPA 중북부-서부지역 누관치료 사업('10-'13/170만불)	2010~2013	170
79	아프리카	콩고 민주공화국	DR콩고 기초면역 강화사업(UNICEF)(10-12/200만불)	2010~2012	200
80	오세아니아	파푸아뉴기니	파푸아뉴기니 지역보건의료체계 강화 지원사업('10-'14/550만불)	2010~2014	550
81	중남미	페루	페루 UNSAAC 치과 역량 강화사업('10-'14/200만불)	2010~2014	200
82	아시아	필리핀	필리핀 카비테 공중보건 및 결핵관리 역량강화사업('10-'13/300만불)	2010~2013	300
83	중남미	도미니카 공화국	도미니카(공) 5-14세 아동 기생충 박멸사업(2009-2010/65만불)	2009~2010	65
84	아시아	라오스	라오스 아동병원 건립사업('09-'11/350만불)	2009~2011	350
85	아시아	베트남	베트남 부온호현 상수도시설 건설사업(09-12/450만불)	2009~2012	450
86	중남미	볼리비아	볼리비아 과라요스지역 상수도시설 구축사업 ('09-'13/436만불)	2009~2011	436
87	중남미	에콰도르	에콰도르 마나비주 베르디 세바요스 병원 건립사업(2009-2011/400만불)	2009~2010	400
88	동구 CIS 및	우즈베키스탄	우즈베키스탄 전염병 관리 역량강화사업(09-12/300만불)	2009~2010	300
89	동구 CIS 및	우즈베키스탄	우즈베키스탄 카파라스크 식수공급 개선사업('09-'10/150만불)	2009~2010	150
90	동구 CIS 및	우크라이나	우크라이나 키예프 세브첸코 지역 아동병원 재건축 사업(2009-2011/500만불)	2009~2011	500
91	중동	이라크	이라크 아르빌 상수도 침사지 설치사업(2009-2011/350만불)	2009~2011	350

92	동구 및 CIS	카자흐스탄	카자흐스탄 암 조기진단의료시스템 구축(2009-2010/200만불)	2009~2010	200
93	아프리카	코트디부아르	코트디부아르 부롤리 궤양 치료를 위한 지방진료소 역량강화사업(09-10/170만불)	2009~2010	170
94	중남미	콜롬비아	콜롬비아 초코주 기초보건의료 향상사업('09-'11/200만불)	2009~2011	200
95	중남미	파라과이	파라과이 산페드로 종합병원 건립사업(09-12/545만불)	2009~2011	545
96	중동	팔레스타인	팔레스타인 제닌지역 기초보건 의료서비스 강화사업('09-'11/300만불)	2009~2010	300
97	중남미	페루	페루 까야오 모자보건센터(제1한-페 의료센터) 개선사업(2009-2010/200만불)	2009~2010	200
98	아프리카	가나	가나 동부지역 아동 및 모성사망을 감소지원(2008-2009/2,000천불)	2008~2009	200
99	아프리카	나이지리아	나이지리아 HIV/AIDS 진단능력 강화(베누주 등 6개 지역)(2008-2009/1,500천불)	2008~2009	150
100	중남미	도미니카공화국	도미니카(공) 미성년 임신방지 및 여성보건환경개선 2차사업(08-12/130만불)	2008~2010	130
101	아시아	동티모르	동티모르 국립병원 의료서비스 현대화 및 관리능력 배양('08/80만불)	2008~2008	80
102	중남미	아이티	아이티 크루어 데 부께시 식수공급사업(2008-2009/130만불)	2008~2009	130
103	아시아	아프가니스탄	아프가니스탄 파르완 의료지원사업('08-'14)	2008~2010	0
104	아프리카	에티오피아	에티오피아 가족계획 및 모자보건 증진사업(아르시)(2008-2010/3,400천불)	2008~2010	340



105	중남미	엘살바도르	엘살바도르 임산부요양소 건립사업(라 리베르타드 등 전국 10여개/2008-2010/200만불)	2008~2010	200
106	중남미	온두라스	테구시갈파시 케네디지역 응급의료서비스 강화(2008-2009/1,500천불)	2008~2009	150
107	중동	요르단	요르단 이르비드 지역 혈액은행 개선(2008-2010/3,100천불)	2008~2010	310
108	중동	이라크	이라크 남부지역 기초의료서비스 향상을 위한 이동진료팀 구축(2008-2009/3,000천불)	2008~2009	300
109	중동	이라크	이라크 바그다드 의대 등 3개 의과대학 의학연구센터 지원(2008-2009/4,000천불)	2008~2009	400
110	중남미	자메이카	자메이카 킹스턴시 중앙의료정보시스템 구축(2008-2009/1,500천불)	2008~2009	150
111	아프리카	잠비아	잠비아 루사카주 총계군 모자보건 서비스 개선사업(2008-2009/1,600천불)	2008~2009	160
112	아프리카	짐바브웨	짐바브웨 블라와요시 남부지역병원 의료역량강화사업(2008-2009/1,500천불)	2008~2009	150
113	아프리카	케냐	케냐 키텐젤라 지역 모자보건 의료센터 증축 및 개선사업 (2008-2010 / 2,000천불)	2008~2010	200
114	아프리카	케냐	케냐 타나강 유역 식수개발(가리샤지역)(2008-2009/2,080천불)	2008~2009	208
115	아프리카	탄자니아	탄자니아 다레살람시 보건소 진단능력강화(다레살람)('08-'11/450만불)	2008~2010	450
116	중남미	파라과이	파라과이 아동 및 모성사망률 감소지원(아순시온시 인근 3개 지역)(2008-2010/327만불)	2008~2010	327

117	중남미	페루	페루 리마 도스데마요국립병원 검진기능 개선사업(2008-2010/470만불)	2008~2010	470
118	아시아	필리핀	필리핀 국립 폐질환센터 결핵퇴치 역량강화사업('08-'11/290만불)	2008~2010	290
119	중남미	과테말라	과테말라 치말테낭고주 모자보건 개선사업(07-09/3,000천불)	2007~2009	300
120	아시아	동티모르	동티모르 딜리 등 6개지역 응급의료체계 구축사업('07-'08)	2007~2008	81
121	아시아	라오스	라오스 볼리칸군 7개마을 식수개발('07-'09/200만불)	2007~2009	200
122	아프리카	르완다	나바롱고강유역 식수개발 타당성조사사업(07-08/500천불)	2007~2008	50
123	아시아	베트남	베트남 끼엔장성 우밍 및 빙빙남지역 식수개발(07-10/2,400천불)	2007~2010	240
124	중남미	에콰도르	에콰도르 산로렌조시 기초보건의료서비스 강화사업(2007-2008/900천불)	2007~2008	90
125	아프리카	에티오피아	에티오피아 티그라이주 식수개발 사업(2007-2008/1,750천불)	2007~2008	175
126	중남미	엘살바도르	엘살바도르 전염병 검사·관리 역량강화사업(2007/720천불)	2007~2007	72
127	아프리카	우간다	우간다 식수개발지원사업(2007/250천불)	2007~2007	25
128	동구 CIS 및	우즈베키스탄	우즈베키스탄 전국 응급의료체계 구축 역량강화(2007-2008/2,500천불)	2007~2008	250
129	중동	이라크	이라크 바그다드 알라드르시 트라우마센터 건립사업(2007/3,000천불)	2007~2007	350

130	중동	이라크	이라크 나자프 이동진료팀 설립사업(2007/2,600천불)	2007~2007	260
131	아프리카	잠비아	잠비아 모자보건 역량강화사업(2007/130천불)	2007~2007	13
132	아프리카	지부티	"식수개발지원사업 (2007-2008/500천불)"	2007~2007	50
133	아프리카	짐바브웨	짐바브웨 모자보건역량강화사업(2007-2009/110천불)	2007~2007	11
134	아시아	캄보디아	캄퐁츠난 지역병원 의료서비스 강화사업('07-'08/100만불)	2007~2008	100
135	아프리카	케냐	케냐 아셈보 정수장 건립 및 수스와 상수도 개보수(2007-2008/2,420천불)	2007~2008	242
136	중남미	콜롬비아	콜롬비아 한-콜롬비아 우호재활센터 건립사업('07-'14/1,150만불)	2007~2016	1150
137	아시아	태국	태국 백신생산기술 향상사업(2007-2008/700천불)	2007~2007	70
138	중남미	페루	페루 산타로사 친선병원 2차개선사업 (2007-2008/330만불)	2007~2008	330
139	오세아니아	피지	피지 북섬 응급의료 및 지역사회 보건활동 개선(2007-2009/1,325천불)	2007~2009	132
140	아시아	필리핀	한-필 카비테 친선병원 건립사업(2007-2008/1,000천불)	2007~2008	100
141	아시아	네팔	한-네팔 친선병원 건립사업('06-'08)	2006~2008	134
142	중남미	도미니카공화국	도미니카(공) 미성년 임신방지 및 보건관리강화 사업(2006-2008/400천불)	2006~2008	40
143	아시아	베트남	베트남 중부지역 종합병원 건립사업(06-12/3,500만불)	2006~2010	3500
144	중남미	볼리비아	볼리비아 엘알토지역 모자보건서비스 개선사업(2006-2008/1,250천불)	2006~2008	125

145	아시아	아프가니스탄	아프가니스탄 카불시 상수도 공급사업('07-'08/150만불)	2006~2007	150
146	중동	이라크	이라크 아르빌 리즈가리병원현대화사업('06-'07/700만불)	2006~2007	700
147	중남미	코스타리카	코스타리카 로스칠레스, 우팔라지역 위암예방 및 조기진단 지원사업 (2006-2007/500천불)	2006~2007	50
148	아프리카	탄자니아	식수개발사업(2006-2008/1,500천불)	2006~2008	150
149	동구 및 CIS	우크라이나	우크라이나 원격진료네트워크 구축 사업(2005-2007/100만불)	2005~2007	100
150	중동	이라크	이라크 아르빌 상하수도 현대화 시범사업('05-'07/600만불)	2005~2007	600



# Abstract

## A Study of Changes in the Public Health Strategies and Projects of the Korea International Cooperation Agency According to the Establishment of the Millennium Development Goals

LEE Sangmi

Department of Health Policy and Management  
The Graduate School of Public Health  
Seoul National University

In 2000, the heads of 189 countries gathered and agreed to work together to achieve the Millennium Development Goals (MDGs) over the next 15 years. This has been evaluated as a strong political agreement that the eradication of poverty must be an important goal of development cooperation around the globe.

However, for the endeavor to go beyond merely being a declaration and to accomplish its goals, efforts in diverse aspects are necessary. In addition to efforts being made on the level of recipient nations, donor agencies likewise must place a high priority on the achievement of the MDGs in their aid strategies and devise and implement aid strategies for efficiently allocating resources in conjunction with various means of implementation. In particular, the MDGs included a considerable number of goals in public health (three out of eight goals).

The present study sought to examine changes in South Korea's public health aid strategies and implementation since the establishment of the MDGs. To confirm this, it analyzed both quantitative and qualitative changes in the public health strategies and project scale of the Korea International Cooperation Agency (KOICA), which is a representative donor agency in South Korea.

First, in comparison with the period before 2000, public health project-related strategies and guidelines can be seen as having taken the MDGs into consideration as a comparatively high priority in processes including development environment analysis for establishing strategies. In addition, guideline-level strategies related to project formation, implementation, and appraisal, stipulated and took into consideration the MDGs. However, there were limitations to the actual realization of efforts to accomplish the MDGs and of visible achievements. For example, important decision-making processes such as project appraisal lacked criteria regarding the MDGs so that the MDGs failed to be taken into consideration as a high priority at the time of actual implementation.

As for changes in the quantitative scale of public health projects following the establishment of the MDGs, both the total amount of monetary aid and monetary aid in public health were confirmed to have increased considerably. However, it was difficult to say that the share of public health projects in the total aid had increased continuously. The share of public health projects was high in particular years, and this stemmed from the pursuit of large projects that included many infrastructural elements.

As for qualitative changes in public health, 150 public health projects implemented during 2005-2016 following the declaration of the MDGs were examined. Unlike the period before the declaration of the MDGs, which had been centered on small-scale infrastructural support, maternal and child healthcare (MCH) projects with presenting the specific goal of reducing both child mortality rates and maternal mortality rates increased considerably. In addition, projects related to HIV/AIDS and tuberculosis (TB), which had not been addressed before the MDGs and which were linked to the 6th MDG, were implemented as well, albeit in a small number.

In addition, the projects were confirmed to have shifted from the pre-MDG approach of resolving problems with a focus on individual fields to an integrative approach. Efforts were made to go beyond responding to short-term requests from recipient nations and to finding a more comprehensive demand from recipient nations, public health/medical environments and public health levels in comprehensive areas. Such efforts including projects for strengthening medical systems were taken into consideration in a multifaceted manner, and projects for resolving public health problems in these areas increased in number. In addition, another important change was the diversification of ways of implementing projects. By going beyond the pre-MDG pursuit of independent projects, collaboration with diverse development cooperation partners was strengthened. This was an effect not only of the MDGs but also of an increase in the KOICA' s budget, which facilitated cooperation.

Since the termination of the MDGs, the Sustainable Development Goals (SDGs) to be achieved by the world by 2030 have been established, and discussions on diverse means and strategies to implement them have been under way. Other donor agencies in South Korea in addition to the KOICA are expected to adopt the implementation of and support for the SDGs as the main contents of their respective missions or roles. Consequently, in order for the international agreement on the implementation of the SDGs to transcend a declaration and to be realized , strategies must not only reflect items for implementation but also be implemented within systems that can transform the actions of actual donor agencies and their staff members.

For example, in order to form, implement, and appraise projects with a greater priority on the implementation of the SDGs, the appraisal system must be improved institutionally as well. It is necessary to present specific contents such as contributions to the SDGs in the appraisal items and criteria. In addition, a system for the fruits of the implementation of the SDGs must be constructed at the initial stage and be reviewed when evaluating projects.

**Key words:** MDG, Millenium Development Goals, Health ODA, KOICA

**Student Number:** 2014-23388